

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

377

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 mai 1901, à 1 heure

Par ETIENNE MIEULET

Né à Angoulême (Charente-Inférieure), le 13 août 1874.
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Et de la Maternité de l'Hôpital Beaujon
Ancien interne de la Maison départementale de Nanterre.

L'HYGIÈNE A LA MAISON DE NANTERRE

MORBIDITÉ MORTALITÉ

STATISTIQUE DE 1890 A 1900

Président : M. PROUST, professeur

*Juges : } MM. BROUARDEL, professeur.
WURTZ et THOINOT, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

377

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 mai 1901, à 1 heure

Par ETIENNE MIEULET

Né à Angoulême (Charente-Inférieure), le 13 août 1874.

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Et de la Maternité de l'Hôpital Beaujon

Ancien interne de la Maison départementale de Nanterre.

L'HYGIÈNE A LA MAISON DE NANTERRE

MORBIDITÉ MORTALITÉ

STATISTIQUE DE 1890 A 1900

Président : M. PROUST, professeur

*Juges : { MM. BROUARDEL, professeur.
WURTZ et THOINOT, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

18, rue Racine, 18

1901

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL	
Professeurs		MM.	
Anatomie		FARABEUF.	
Physiologie		CH. RICHET.	
Physique médicale		GARIEL.	
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.	
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.	
Pathologie et thérapeutique générales		ROUCHARD.	
Pathologie médicale	}	HUTINEL.	
Pathologie chirurgicale		BRISAUD.	
Anatomie pathologique		LANNELONGUE	
Histologie		CORNIL.	
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL	
Matière médicale et pharmacologie		BERGER.	
Thérapeutique		POUCHET.	
Hygiène		LANDOUZY	
Médecine légale		PROUST.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.	
Pathologie expérimentale et comparée		N.....	
Clinique médicale	}	CHANTEMESSE.	
Maladie des enfants		JACCOUD.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		HAYEM.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DIEULAFOY	
Clinique des maladies du système nerveux		DEBOVE.	
Clinique chirurgicale	}	GRANCHER.	
Clinique ophthalmologique		JOFFROY.	
Clinique des maladies des voies urinales		FOURNIER.	
Clinique d'accouchements		RAYMOND.	
Clinique gynécologique		TERRIER.	
Clinique chirurgicale infantile		DUPLAY.	
		LE DENTU.	
		TILLAUX.	
		PANAS.	
		GUYON.	
		BUDIN.	
		PINARD.	
		POZZI.	
		KIRMISSON.	
Agrégés en exercice.			
MM.	DESGREZ	LEGUEU	TEISSIER
ACHARD	DUPRE	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRE	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GILLES DE LA	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MENETRIER	VARNIER
BROCA (ANDRÉ)	HARTMANN	MERY	WALLICH
CHARRIN	HEIM	REMY	WALTHER
CHASSEVANT	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ

Chef des Travaux anatomiques : M. AIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de profonde reconnaissance.

A MON COUSIN

LE DOCTEUR TRÉMEAU DE ROCHEBRUNE

Assistant au Muséum de Paris.

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR PROUST

Professeur à la Faculté de médecine,
Inspecteur général des services sanitaires,
Membre de l'Académie de médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur.

L'HYGIÈNE A LA MAISON DE NANTERRE

MORBIDITÉ - MORTALITÉ

Statistique de 1890 à 1900

INTRODUCTION

Pendant nos deux années d'internat à la Maison départementale de Nanterre, nous avons été bien souvent étonné de voir combien peu étaient appliquées les règles de l'hygiène ; nous avons pensé qu'il serait intéressant en même temps qu'utile de rechercher les modifications qui pourraient être apportées au règlement, à la disposition des locaux et au régime de la nombreuse population de cette maison.

Dans une agglomération d'individus comme celle qui existe à Nanterre (4000 personnes environ) il est de la plus haute importance d'empêcher, par une hygiène raisonnée, par une surveillance méticuleuse de tous les instants, le développement des maladies contagieuses qui peuvent y causer de grands ravages ; déjà le choléra en

1892, le typhus en 1893 ont fait de nombreuses victimes ; avec le mouvement considérable d'entrées et de sorties de cette population une désinfection sévère s'impose, l'isolement pour tous les individus susceptibles d'être en incubation de quelque affection contagieuse serait à désirer ; et certes, il est toujours préférable de prévenir que de guérir, la thérapeutique étant si souvent impuissante.

Nous diviserons notre travail en 3 parties : dans la première, nous décrirons la Maison, description indispensable pour bien comprendre les réformes hygiéniques que nous demandons ; dans un second chapitre nous donnerons une idée exacte de l'organisation de l'Infirmierie et de la Crèche ; dans le troisième nous exposerons la statistique des maladies qui ont été observées pendant une période de 10 ans de 1890 à 1900 ; nous rechercherons les causes de certaines d'entre elles qui se montrent avec une fréquence et une allure toute particulière.

Mais avant d'entrer plus à fond dans notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser tous nos remerciements aux maîtres qui nous ont guidé et encouragé dans nos études et qui en nous montrant à vaincre les difficultés de la clinique, nous ont préparé à remplir utilement notre carrière médicale.

Nous avons été heureusement partagé en débutant pendant notre première année dans les services de chirurgie du D^r Routier à Necker et Ricard à Laënnec.

Nos premiers pas en médecine ont été guidés à Laënnec par M. le D^r Gingeot qui, comme ami de notre famille, avec une bonté toute paternelle nous a communiqué un peu de

sa science thérapeutique. C'est un devoir pour nous d'adresser un souvenir ému à la mémoire de celui qui fut notre premier maître et que la mort a trop tôt ravi à la science et à notre respectueux attachement.

C'est dans le service du Professeur Grancher que nous a été enseignée la médecine infantile. M. le D^r Marfan nous y a toujours accueilli avec la plus grande bienveillance. M. le D^r Renault alors chef de clinique, aujourd'hui médecin des hôpitaux, a droit à nos remerciements et à notre reconnaissance pour les entretiens si familiers qu'il avait chaque jour au lit des petits malades. C'est à la Policlinique de ce service que le D^r Cuvillier nous a enseigné les maladies de la gorge, du nez et des oreilles et nous a toujours si amicalement reçu lorsque nous venions assister à ses consultations. Le D^r Larat nous apprit les emplois si utiles de l'électricité médicale et notre regretté maître le D^r Feulard les maladies de la peau, qu'il enseignait avec tant d'attrait.

Externe à la consultation du P^r Pozzi à l'hôpital Broca, nous nous sommes consacré à l'étude de la gynécologie, sous la direction de notre maître, le D^r Jayle, qui n'a cessé depuis que nous l'avons quitté de nous prodiguer des conseils et une si utile direction médicale. Notre année s'est terminée à l'hôpital Broussais dans le service du D^r Gilbert que nous remercions de sa grande amabilité à notre égard.

Les quelques mois trop courts pendant lesquels nous avons été l'externe du D^r Albarran, ont suffi pour nous faire apprécier la grande science et l'affabilité de ce

maître qui nous a enseigné la pratique de la chirurgie courante à la consultation de Necker.

Tous nos remerciements et notre gratitude au Dr Ribemont-Dessaignes qui, pendant notre deuxième année d'externat a bien voulu nous apprendre d'une façon toute paternelle l'Obstétrique et la Pathologie des nouveaux nés dans son magnifique service de la Maternité de Beaujon.

M. le Dr Humbert à l'Hopital du Midi a mis à notre disposition toutes les facilités pour étudier les maladies vénériennes pendant notre troisième année d'externat.

Nous ne saurions jamais assez remercier notre maître le Dr Laugier de toutes les marques d'affection et d'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant les deux années que nous avons été son interne.

M. le Dr Dehenne a bien voulu nous ouvrir les portes de sa clinique où le Dr Kuhn, son assistant, nous a mis au courant de la pratique des maladies des yeux.

Nous avons été guidé dès le début de nos études par notre cousin le Dr Trémeau de Rochebrune assistant du Dr Perrier au Museum, qu'il reçoive ici nos remerciements pour sa constante amitié et la sagesse de ses conseils.

Que M. le Pr. Proust veuille bien agréer l'hommage de notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de cette thèse.

CHAPITRE I

La maison de Nanterre.

Aperçu général. — C'est le premier juin 1887 que fut ouverte la Maison Départementale de Nanterre, créée conformément au décret impérial du 5 juin 1808 appelant ces futurs dépôts de mendicité « des établissements paternels où la bienfaisance tempérerait la contrainte par la douceur et maintiendrait le travail en réveillant le sentiment d'une honte salutaire » (1).

Située sur le territoire de la commune de Nanterre à 1500 mètres environ de la gare de la Garenne-Bezons, non loin des bords de la Seine, à l'extrémité de la plaine de Gennevilliers, cette maison occupe une des régions les moins saines de la banlieue de Paris.

Entourée d'un grand nombre d'usines : rectification du pétrole, fabriques de produits chimiques et d'engrais, elle est infectée par les odeurs et les fumées qui s'en dégagent et viennent s'abattre sur elle, lorsque le vent souffle du sud-ouest.

Les ordures de Paris qui sont amenées comme engrais dans les champs de cette région, contribuent aussi à ré-

1, Berthélemy. *Traité de Droit administratif.*

pandre de mauvaises odeurs, tout particulièrement au moment des pluies.

La Maison occupe une superficie de 120000 mètres carrés ; elle est entourée de toutes parts d'un mur de 5 mètres en haut ; de chaque côté de la porte d'entrée, se trouvent deux pavillons servant de logement au portier et à quelques surveillants.

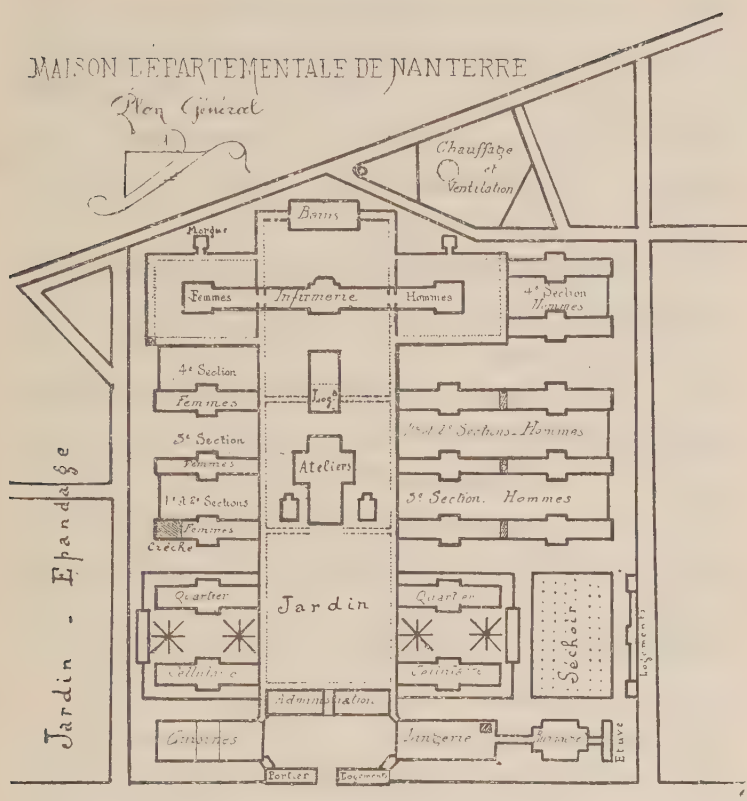
On pénètre ensuite dans une vaste cour, au fond de laquelle se trouve le bâtiment de l'Administration servant de logement au personnel ; à droite la lingerie, la buanderie, les écuries, le magasin et l'étuve à désinfection ; à gauche, les cuisines, la meunerie et la boulangerie.

Après avoir traversé le vestibule, on arrive à une vaste galerie rectangulaire, couverte, dont les grands côtés mesurent 400 mètres environ ; au milieu de ce terrain se trouve une chapelle inachevée servant d'ateliers, et de chaque côté, deux oratoires, un protestant et un israélite, qui ont été transformés, l'un en atelier, l'autre en cantine (1).

Plus loin un bâtiment carré servant de logement aux surveillantes ; plus loin encore, l'infirmerie dont la description sera l'objet d'un chapitre spécial, et derrière, séparé de l'infirmerie par une cour, le bâtiment des bains.

Tout autour s'élèvent des bâtiments affectés aux diverses sections, donnant tous sur la galerie ; avant d'étudier la vie dans ces bâtiments, voyons quels sont leurs habitants.

1. La chapelle est en partie démolie aujourd'hui et de nouveaux ateliers vont être construits sur cet emplacement.



Le côté Est est réérvés aux femmes, le côté Ouest aux hommes : la population est divisée en cinq sections qui sont analogues des deux côtés de la Maison.

La première section, qui est la moins nombreuse, est formée d'individus ayant purgé une condamnation quelconque dans une prison, qui, leur peine terminée, sont envoyés passer un mois à Nanterre ; ils travaillent dans les ateliers, gagnent un peu d'argent et possèdent ainsi le jour de leur sortie quelques ressources leur permettant de chercher du travail.

La deuxième section comprend les individus, qui ayant

terminé leur mois en première section, restent de leur propre gré dans les ateliers de la Maison ou sont placés comme auxiliaires dans les différents services. Les indigents, que la misère force à aller demander asile à la Préfecture de Police et qui ont un casier judiciaire, sont aussi placés d'emblée en deuxième section.

Les individus, qui demandent leur hospitalisation et dont le casier judiciaire est vierge de condamnations forment la troisième.

La quatrième section, dont la population peut-être assimilée à celle d'un hospice, est formée de vieillards ayant plus de 70 ans, d'impotents, d'infirmes et enfin d'aveugles.

La 5^e section comprend les malades des différentes sections transférés à l'infirmerie, les blessés venant du dehors, les femmes en couches et les nourrices, accompagnées de leurs enfants, la plupart filles mères envoyées par la Préfecture de Police.

Les hospitalisés des 1^{re} et 2^e sections portent des habits gris, ceux des 3^e et 4^e ainsi que les nourrices, portent des habits bleus.

La population est plus nombreuse l'hiver que l'été, voici du reste les chiffres moyens :

	Hommes	Femmes	Total
1 ^{re} section	150	20	170
2 ^e —	590	110	700
3 ^e —	690	310	1000
4 ^e —	525	350	975
5 ^e —	340	240	580
Nourrices et enfants.	—	85	85
Total.	2395	1115	3510

Dortoirs. — Les 3 premières sections hommes et femmes couchent dans des dortoirs où ils restent de 7 heures du soir à 6 heures du matin.

Ces dortoirs avaient été construits primitivement, et c'est ce qui ressort du rapport de l'architecte en 1885, pour recevoir 50 lits; nous sommes aujourd'hui loin de ce nombre : voici du reste ce qu'en dit M. Ménin dans la séance du conseil Général de la Seine du 22 décembre 1900 : « Au cours de la visite faite dans le courant d'octobre dernier par vos 1^{re} et 7^e commissions, nous avons vu ces dortoirs, prévus pour 50 lits, encombrés au point que dans l'un d'eux réservé aux femmes, les lits se touchaient, et qu'il faut, pour s'y coucher, monter sur une chaise et faire une gymnastique à la fois désagréable, incorrecte, dangereuse, qui au point de vue de l'hygiène s'éloigne horriblement des trente mètres cubes d'air prévus dans les cellules de Fresnes ».

Nous avons vu à plusieurs reprises 120 hommes coucher dans ces dortoirs, qui mesurent 28 mètres de long, 11 m. 50 de large et 4 m. 50 de hauteur, ce qui fait un volume d'air de 1449 mètres cubes ; restant enfermés pendant 11 heures environ chaque individu a donc 12 mètres cubes d'air pour la nuit, ce qui fait une bien petite quantité à côté de celle que réclament les hygiénistes : 6 mètres cubes par heure et par individu, ce qui ferait 66 mètres cubes dans le cas présent.

Appelé auprès de malades dans les dortoirs nous avons constaté nous-même l'odeur nauséabonde qui y règne toute la nuit, la ventilation étant insuffisante ; les fenêtres ouvertes pendant la journée et les bouches de calo-

rifère en tiennent seules lieu. Si nous ajoutons à cela qu'un certain nombre d'hospitalisés ont des vases dans lesquels ils urinent plusieurs fois la nuit et que beaucoup d'entre eux ne prennent aucun des soins de toilette élémentaire, on comprend que ces individus se trouvent dans des conditions hygiéniques les plus défectueuses.

Les dortoirs de la quatrième section sont un peu moins encombrés ; à la suite de l'épidémie de choléra de 1892, qui éclata dans un de ces dortoirs, on supprima un certain nombre de lits ; mais ils sont encore assez serrés pour que nous ayons éprouvé de la difficulté à nous approcher des malades dans notre visite journalière et pour que le manque de place rende souvent impossibles les soins de propreté tout particulièrement utiles à des vieillards et à des impotents.

Ateliers. — Tous les hospitalisés valides hommes et femmes des première, deuxième, troisième sections travaillent dans les ateliers.

A part les hospitalisés occupés aux travaux intérieurs de la maison, jardinage, entretien des cours et dessalles, etc..., le nombre des ouvriers dans les ateliers est d'environ 1500.

Un agent des travaux sert d'intermédiaire entre les industriels qui fournissent du travail et la direction de la Maison.

Une retenue de 50 0/0 est faite sur le salaire des ouvriers pour être versée à la Caisse du département, la seconde moitié est divisée en deux, une partie est touchée par l'hospitalisé à la fin de chaque semaine et l'autre est inscrite au greffe pour former une masse qui lui est ver-

sée le jour de sa sortie définitive. Cette organisation nous semble un peu arbitraire pour les hospitalisés libres de la 3^e section, qu'il serait bien juste de faire bénéficier des 50 0/0 de leur gain, puisqu'en cas de décès (ce qui se produit tous les jours) la masse est acquise à l'avoir de la maison.

Tous ces travaux sont peu payés, les salaires varient entre 0,25, 0,30 ou 0,50 centimes par jour.

Les ouvriers restent à l'atelier de 7 heures du matin à 9 heures, y retournent de 10 heures à 3 heures et enfin, après le second repas, de 4 à 7 heures : ce qui fait 9 heures 1/2 de travail par jour.

Travaux. — Voici quels sont les travaux exécutés dans les ateliers de la maison de Nanterre :

Chiffons. — Ce travail consiste à séparer les corps cotonneux des vieilles étoffes. Personne n'ayant pu nous renseigner dans la Maison sur la façon dont ces chiffons étaient désinfectés avant d'être manipulés par les hospitalisés, nous nous sommes adressés à la source pour nous rendre compte de la préparation qu'on leur fait subir ; il nous a été répondu par la maison Verdier-Dufour, fournisseur de Nanterre, que ces chiffons étaient désinfectés à domicile par le service municipal chaque fois qu'un individu mourait de maladie infectieuse. Outre que certains objets peuvent échapper à cette désinfection, surtout lorsqu'elle était faite au moyen de pulvérisations de sublimé, qui ont été remplacées aujourd'hui par les vapeurs d'aldéhyde formique, un certain nombre de maladies contagieuses, la tuberculose par exemple, n'étant pas de déclaration obligatoire, semblent devoir échapper à

cette désinfection. Au moment de l'épidémie de choléra de 1892, on s'est déjà demandé si l'importation de cette maladie ne provenait pas de l'atelier de découpage des chiffons, bon nombre d'entre eux consistant en vieux vêtements militaires rapportés des colonies.

Ce manque de désinfection de substances qui peuvent apporter une épidémie dans une agglomération d'individus comme celle qui existe à Nanterre est certainement un danger.

Le Congrès d'Hygiène de la Haye en 1884, celui de Vienne en 1887, se sont déjà occupés de cette question. Des observations de transmission de la gale, de la diphtérie, de la fièvre typhoïde ont été publiées dans la thèse de Coquereau (1).

Nous n'avons jamais observé deux maladies, qui semblent analogues, l'une décrite en Angleterre sous le nom de « flock-fever » et en Allemagne sous le nom de « Haderkrankheit » ou maladie des chiffons, se manifestant par un frisson, suivi de point de côté, de toux, d'expectoration séreuse et sanguinolente, de sueurs abondantes et suivie le plus souvent de mort au quatrième jour.

La variole a été importée en 1870 à Bréda, en 1870-71 et 72 à Utrecht, en 1873 à Gorcom et à Tilbung par des chiffons utilisés dans diverses industries particulièrement celle du papier.

Le Dr Gibert de Marseille, cité dans le rapport du Dr Napias, relate que pendant l'épidémie de variole de 1874. 1875, les premiers foyers éclatèrent parmi les ouvriers

1. Coquereau. *Contribution à l'étude de la désinfection des chiffons*. Thèse Paris, 1891.

travaillant à des fabriques où l'on manipulait des chiffons de laine et qu'un arrondissement, où les commerçants de chiffons étaient centralisés, fut trois fois plus éprouvé que les autres par l'épidémie.

Dans leur rapport sur l'épidémie cholérique de 1884-85-86, MM. les Professeurs Proust et Gilbert Ballet arrivent à conclure que le linge et les effets peuvent servir de véhicule au contag.

De même les crachats des phtisiques, projetés inévitablement sur leurs vêtements, sont autant de causes de danger de dissémination du bacille de Koch.

Les chiffons manipulés à Nanterre peuvent ne pas être exempts de ces divers bacilles, car nous avons constaté plusieurs fois que ces chiffons contenaient encore des parasites des individus qui les avaient portés, des traces de sang et de matières fécales. Comment ne contiendraient-ils pas aussi le germe de maladies infectieuses ? Jusqu'ici il ne s'est produit que quelques affections bénignes, érysipèle, éruptions cutanées ; mais c'est là un danger et l'attention de l'Administration doit être attirée tout particulièrement sur ce point.

Notre collègue Hanot dans sa thèse en 1899 (1) dit que dans cet atelier il a trouvé une moyenne de 50 tuberculeux sur 100 individus et que sur les 50 autres il y en avait certainement 25 de douteux (bronchite chronique, entérite, fistule à l'anus, adénites), tuberculeux latents n'attendant que la moindre cause occasionnelle pour faire de la tuberculose pulmonaire, intestinale ou péritonéale.

1. Hanot. *La Tuberculose à la maison de Nanterre*. Thèse Paris, 1899.

Nous avons remarqué nous-même que tous les individus travaillant depuis un certain temps dans cet atelier, se plaignent de tousser et de cracher continuellement à cause disent-ils de la poussière épaisse qui s'échappe des vieilles étoffes qu'ils décousent toute la journée ; de plus nous avons eu à soigner quelques-uns d'entre eux atteints de tourniole, de panaris, d'érysipèle provenant de piqûres faites avec les ciseaux, dont ils se servent, ou avec les baleines des vieux corsets.

Environ 140 hommes sont occupés à ce travail.

Poils. — L'atelier des poils emploie environ 150 ouvriers ; ce travail consiste à couper les poils de la peau de lapin préalablement préparée.

Dans cet atelier on a signalé il y a plusieurs années quelques accidents d'hydrargyrisme, causés par le mercure dont sont imprégnées les peaux.

Plumes. — Cet atelier est composé d'hospitalisés peu valides dont le travail consiste à trier les plumes de différentes grosseurs ; nous avons remarqué dans cet atelier l'action bienfaisante de la naphtaline dont sont imprégnées les plumes. Environ 150 hommes y sont occupés.

Sacs. — Cet atelier est aussi nombreux que le précédent du côté des hommes ; il y a en plus 150 femmes qui y travaillent. La poussière y est presque aussi épaisse que dans l'atelier des chiffons et ces sacs n'étant pas désinfectés et venant de provenances différentes peuvent aussi être un danger de contagion. Hanot y a trouvé plus de 50 0/0 de tuberculeux.

Bûches. — Une cinquantaine d'ouvriers sont occupés à mettre en paquets de petites bûches enduites de résine ;

nous avons eu à soigner plusieurs d'entre eux atteints d'érythème des bras provenant de cette substance résineuse ; de simples soins de propreté suffiraient à éviter cet inconvénient.

Papeterie. — Les ouvriers de cet atelier sont recrutés parmi les individus jeunes et valides ; leur travail consiste à fabriquer des cahiers et des registres pour le compte de la maison Hachette ; le maniement des machines par ces individus inexpérimentés et, il faut le dire, de mauvaise volonté parfois, nous ont fourni quelques cas chirurgicaux.

Chaînes. — *Fil de fer.* — Dans cet atelier on confectionne des chaînes de différentes grosseurs : chaînes d'arpenteur, gourmettes, etc.

Chaussons. — Environ 40 ouvriers fabriquent des chaussons de tresse ; la plupart y ont déjà travaillé dans des maisons pénitentiaires.

Enfin, un certain nombre d'hospitalisés sont employés à confectionner les habits et les chaussures dont la maison a besoin et 150 femmes travaillent au raccommodage du linge.

Tous ces ateliers sont aussi insuffisants que les dortoirs au point de vue de l'air ; ils ont les mêmes dimensions, 28 mètres de long sur 4 de large ; dans certains de ces ateliers, 300 ouvriers travaillent toute une journée ; on juge du peu d'espace dévolu à chacun en songeant qu'il faut laisser la place pour le passage du milieu et pour le bureau du surveillant à l'une des extrémités.

La ventilation est défectueuse ainsi que la lumière ; les fenêtres sont basses et ne peuvent être ouvertes que pen-

dant la récréation des ouvriers ; le soleil, ce grand destructeur de microbes, y pénètre rarement ; si l'on ajoute à cela que l'on balaie à sec le plus souvent, que les hospitalisés ne se gênent pas pour cracher à terre, qu'ils ont la déplorable habitude de déposer leur pain près d'eux à l'atelier, on ne s'étonnera pas de la mortalité très grande et de la contagion de la tuberculose en particulier, parmi cette population composée en partie d'alcooliques et de dégénérés.

Un projet de construction de deux nouveaux bâtiments, à la place de l'ancienne chapelle viendra porter un remède au moins pour quelque temps à cet encombrement, si en contradiction avec toutes les règles de l'hygiène.

Régimes. — Les hospitalisés des 1^{re}, 2^{me} et 3^{me} sections ont le matin et le soir une demi-heure pour prendre leur repas, suivie d'une demi-heure de récréation.

Voici de quoi se compose ce régime :

1^{re} et 2^{me} sections : 9 heures du matin. 50 centilitres de potage maigre.

3 heures du soir. 350 grammes de légumes secs.

2 fois par semaine les légumes sont remplacés par 125 grammes de viande bouillie.

3^{me} section. — Le régime est le même, mais les légumes sont remplacés par de la viande 3 fois par semaine.

Chaque hospitalisé reçoit de plus un pain de 750 grammes.

Ce régime qui correspond environ à 24 grammes d'azote et 390 de carbone équivaut à la ration d'entretien ; s'il est insuffisant pour certains d'entre eux, il est compensé

il est vrai, par les aliments supplémentaires que les hospitalisés peuvent se procurer à la cantine.

Comme boisson les hospitalisés reçoivent une tisane, dite hygiénique, composée de baies de genièvre, de bois de réglisse et de fleurs pectorales; l'été ils en consomment une grande quantité qui n'est pas étrangère aux nombreuses diarrhées constatées chaque année; du reste nous en reparlerons dans notre troisième chapitre.

Comme boisson certains préfèrent l'eau; depuis l'épidémie de choléra de 1892 une partie de l'eau de Seine dont est alimentée la maison est bouillie à l'usine; cette eau est puisée près de Suresnes; en arrivant elle passe d'abord sur des filtres Buron; de là elle est envoyée à l'usine qui en fait bouillir une certaine quantité (5000 litres par jour); cette eau est ensuite filtrée sous pression de 4 atmosphères sur un filtre de feutre et de silex: elle est ensuite envoyée par une seule conduite où l'on vient la recueillir au moyen de tonneaux de fer qui sont ensuite transportés sur des chariots dans les différentes parties de la maison.

Pour les autres usages domestiques, pour la cuisine et la buanderie il est distribué de l'eau de Seine, simplement filtrée, qui est envoyée par l'usine dans des réservoirs situés dans les combles de chaque bâtiment.

Enfin dans l'usine se trouve un puits qui alimente d'eau les machines, les appareils de chauffage et donne l'eau nécessaire au lavage et à l'arrosage des cours.

Cuisines. — Les cuisines établies dans le bâtiment de gauche de l'entrée occupent le rez-de-chaussée et le sous-sol destiné à recevoir les approvisionnements; étant fort

éloignées des réfectoires des bâtiments et de l'infirmerie, on utilise pour le transport des vivres, des chariots fermés dans lesquels sont placés des seaux contenant la soupe et les légumes ; la viande est placée dans des plats de fer.

Malgré ces précautions la nourriture arrive presque froide, surtout en hiver, car après avoir parcouru les galeries, il faut encore la monter par des ascenseurs à l'infirmerie. La viande est difficilement mangée par les hospitalisés ; nous pensons que mélangée aux légumes, elle leur arriverait à une meilleure température et serait plus facilement assimilable.

Le lait, dont il est consommé près de 1000 litres par jour, vient tiède des cuisines, mais nous n'avons pu obtenir qu'il soit porté à l'ébullition ; du reste nous reviendrons sur cette question en parlant des régimes de l'infirmerie.

Meunerie. — Boulangerie. — A la suite des accidents d'ergotisme qui se produisirent en 1895 et qui furent attribués à la mauvaise qualité des farines, on créa une meunerie (système Schweitzer) qui fonctionne depuis le 1^{er} mai 1898. On peut ainsi par la seule inspection du blé être certain de n'avoir que du pain de bonne qualité. Ce moulin ne convertit pas moins de 780.000 kilogs de blé par an.

Deux grands fours et un pétrin mécanique assurent la fabrication du pain pour toute la maison ; les farines sont triées et mélangées de manière à fournir selon les besoins, du pain blanc pour le personnel ainsi que pour

l'infirmerie, et la 4^m section, du pain bis pour les autres sections et le quartier cellulaire.

Chauffage. — Ventilation. — Ces deux services importants sont fort bien organisés à Nanterre. Ils sont assurés par l'usine qui se trouve derrière la maison. Huit générateurs envoient, par des tuyaux placés dans les galeries, établis en sous-sol au-dessous de chaque bâtiment, la vapeur d'eau servant au chauffage ; cette disposition permet la surveillance et la réparation facile des divers appareils. La vapeur ayant servi au chauffage se condense de nouveau, est recueillie dans des tuyaux, qui ramènent l'eau aux générateurs, ce qui fait d'une part une économie de combustible, l'eau étant encore chaude et évite l'incrustation des chaudières, cette eau étant dépourvue de sels calcaires.

Dans les ateliers, des tuyaux de vapeur sont dissimulés derrière des coffres de tôle percés à jour ; on obtient ainsi l'hiver une température moyenne de 16° degrés dans les ateliers et de 10° dans les dortoirs.

La ventilation est assurée par les portes, les fenêtres et de plus par des prises d'air placées au niveau du sol ; près du plafond sont des bouches d'appel correspondant avec des cheminées d'appel qui vont s'ouvrir au-dessus des toits.

Des robinets, que l'on peut manier dans les sous-sols servent à régler le chauffage selon la température extérieure ; les dortoirs ne sont chauffés que la nuit, les ateliers le jour seulement.

Le bâtiment de l'administration est chauffé par un calorifère spécial de cave, situé dans le sous-sol Est du bâti-

ment. Ce système offre divers inconvénients : outre que l'air chaud ainsi distribué est complètement dépourvu d'humidité, si la combustion est trop active il se produit une odeur désagréable due probablement à la production et au passage d'une certaine quantité d'acide carbonique, offrant des dangers d'asphyxie.

Vidange. — Le Tout-à-l'Egout a été installé dans la Maison depuis plusieurs années ; nous sommes loin heureusement du temps où des baquets étaient disposés pour la nuit dans chaque salle et vidés le matin.

Des cabinets avec siphon et chute d'eau sont établis à tous les étages ; c'est un grand progrès, toutes les eaux ménagères et excrémentitielles se réunissent dans un collecteur situé à la partie nord-est de la maison ; là il se fait un filtrage grossier des matières solides retenues par une grille, et la partie liquide est envoyée sous pression dans un champ d'épandage situé du côté Ouest de la Maison. Malheureusement ce champ, qui mesure 55 ares, n'a pas une superficie suffisante pour la grande quantité de liquide que l'on y déverse chaque jour et qui contient les déjections des typhiques, les crachats des tuberculeux, etc.

Désinfection. — A côté de la lingerie se trouve la désinfection faite au moyen d'une étuve (système Geneste et Herscher) mesurant 1 m. 30 de diamètre, dans laquelle on maintient de la vapeur sous pression ; la température s'y élève à 110 degrés. Dans cette étuve passent le linge et la literie des malades atteints d'affections contagieuses.

Comme il est impossible de passer les vêtements et les chaussures à cette température sans les détériorer com-

plètement, on a consacré une salle à la désinfection par l'acide sulfureux ; cette pièce mesure 5 mètres de large, 3 mètres de long et 4 mètres de haut ; elle est séparée au milieu de sa hauteur par de petites planchettes sur lesquelles sont placés les objets à désinfecter, et ils sont nombreux, car la plupart des arrivants sont couverts de parasites.

On place le soir dans la salle une capsule contenant 500 grammes de fleur de soufre, que l'on allume, et le matin on ouvre une cheminée d'appel, par où s'échappent les vapeurs d'acide sulfureux, avant de pénétrer dans la salle pour retirer les objets désinfectés ; il nous semble que la quantité de soufre est insuffisante pour une pièce mesurant 70 mètres cubes environ.

Il est regrettable que l'installation de la désinfection soit aussi éloignée de l'infirmerie ; c'est pourtant de là ou de l'établissement des bains qui est encore plus loin, que provient le linge, les vêtements et les objets de literie contaminés ; c'est à près de 400 mètres qu'il faut transporter sur des chariots ces paquets qui peuvent semer l'infection sur leur passage ; en 1892 au moment du choléra la dissémination du bacille se fit probablement aux vieillards de la 4^e section par les paquets de linge sale que l'on dépose sous les galeries de la cour qui leur est affectée.

L'étuve aurait mieux répondu aux desiderata, si elle eût été placée à côté de l'établissement des bains, à proximité de l'infirmerie par conséquent.

Quartier cellulaire. — Nous ne pouvons faire une description complète de la Maison, sans dire quelques

mots du quartier cellulaire. Il se compose de quatre bâtiments, situés deux à l'Est et deux à l'Ouest. Leur organisation ne laisse rien à désirer et si ce n'était la réclusion, les prisonnières n'auraient certes pas à se plaindre ; combien nous sommes loin aujourd'hui du temps où Moreau Christophe pouvait écrire : « Tout ce qu'on peut demander, tout ce qu'on doit exiger d'une prison c'est qu'elle ne tue pas (1) ».

On sait qu'il existe deux méthodes en vigueur dans les différents établissements pénitentiaires : le système d'Auburn, qui fut essayé la première fois à Auburn, ville de l'état de New-York en 1821, consiste à faire travailler en commun les prisonniers pendant la journée dans des ateliers surveillés et à les faire coucher pendant la nuit chacun dans une cellule séparée ; le système de Philadelphie mis à l'essai en 1786, dans la prison de Walnut Street, comprend l'isolement continu pendant toute la durée de la peine ; chaque prisonnier travaille dans sa cellule, y mange et y dort.

Nous ne discuterons pas ici les avantages et les inconvénients de ces deux méthodes, car elles peuvent être défendues chacune à juste titre. C'est le dernier, le système de Philadelphie qui a été appliqué au quartier cellulaire de Nanterre.

Chacun des 4 bâtiments est formé de 3 étages superposés pouvant contenir chacun 44 détenues, ce qui fait 500 places environ ; les cellules sont à une ou trois places ; le mobilier se compose d'un lit, d'une table, se ra-

1. Proust, *Traité d'hygiène*. Page 560,

battant contre le mur, d'un escabeau attaché par une chaîne pour empêcher qu'en montant dessus, les détenues ne puissent regarder par la fenêtre, située à la partie supérieure du mur opposé à la porte d'entrée. D'un côté de la porte se trouve un siège de cabinets, fonctionnant avec le système du Tout-à-l'Egoût, de l'autre un lavabo avec un robinet donnant de l'eau de Seine qui a été simplement filtrée sur les filtres Buron, qui sont à l'entrée de la maison ; il est défendu d'en boire, mais cette recommandation est bien souvent violée.

Le chauffage des cellules est assuré comme dans les bâtiments par des tuyaux de vapeur ; la ventilation a été l'objet de soins spéciaux ; une pompe aspirante prend dans chaque cellule l'air vicié qui est remplacé par l'air extérieur entrant par des bouches d'appel pratiquées au niveau du parquet.

Dans chaque bâtiment se trouvent 4 salles de bains où les détenues viennent à tour de rôle ou selon les prescriptions du médecin.

La porte de chaque cellule est percée d'un petit guichet par lequel la nourriture est distribuée chaque jour, et par où on peut exercer une surveillance dans l'intérieur de la cellule.

Dans deux des quatre bâtiments, une cellule a été transformée en salle d'examen des malades, qui viennent se présenter chaque matin à la visite de M. le Dr Laugier ; beaucoup sont traitées pour des affections vénériennes, les autres affections bénignes y sont aussi soignées sur place, tous les médicaments et tous les régimes pouvant y être prescrits. Dans les cas de maladies plus graves,

pleurésie, congestion pulmonaire, pneumonie, méningite, etc., les malades sont transférées à l'infirmerie dans une des cellules du service du Dr Laugier; si une opération est jugée nécessaire c'est dans une des cellules de chirurgie qu'elles sont envoyées, de sorte que même leur temps de maladie compte comme temps de réclusion.

Dans toute cette organisation les règles de l'hygiène ont été appliquées autant qu'il était possible de le faire tout en respectant l'isolement et la séparation des détenues; mais le côté très défectueux des bâtiments cellulaires, c'est le promenoir; ce sont 4 rotondes, divisées en un certain nombre de petites cours triangulaires, séparées entre elles par un mur et dont le 3^e côté est fermé par une grille; chaque détenue y pénètre séparément sans voir sa voisine; une surveillante, placée dans un belvédère s'élevant au centre ne les perd pas de vue pendant leur promenade. Ces cours sont très froides, placées entre deux bâtiments, ne permettant pas au soleil d'y pénétrer, et plusieurs pleurésies, bronchites, et pneumonies, envoyées à l'infirmerie, n'avaient d'autres causes déterminantes qu'un refroidissement contracté là pendant le temps de la récréation.

Il serait à souhaiter que l'on établît un lieu de promenade plus sain, mieux exposé, où les cellulaires pourraient venir sous la garde d'une surveillante.

Le quartier cellulaire ne renferme uniquement que des femmes. Amenées chaque matin par les voitures de la Préfecture de Police, elles sont après leur passage au greffe, où on les habille de vêtements gris, réparties dans des 4 bâtiments.

Les unes sont envoyées en prison préventive jusqu'au jour de leur jugement ; d'autres à partir de 15 ans sont sur la demande de leur famille, placées en correction paternelle ; d'autres sont internées pour purger une condamnation, faux en écritures, vols, attentat aux mœurs, mais les plus nombreuses sont les filles publiques arrêtées pour ivrognerie ou coups aux agents. En venant purger leur peine à Nanterre, elles bénéficient de 15 jours par mois étant au régime cellulaire.

Enfin, un quart environ des détenues est condamné pour mendicité ; ce sont, pour la plupart, des habituées arrêtées de nouveau après leur mise en liberté, des incorrigibles de la mendicité et de l'ivrognerie.

Cette dernière catégorie, après sa sortie de prison est envoyée dans la première section, afin de gagner quelque argent avant sa sortie définitive.

La punition, que leur inflige la société, est bien souvent inefficace, beaucoup retombent dans le vice et la débauche, dès qu'elles sont rendues à la liberté.

Vieillards. — Bien qu'elle soit une annexe de l'Infirmerie, nous avons préféré placer ici la description de la quatrième section, c'est-à-dire du quartier d'hospitalisés comprenant les vieillards et les impotents.

Les hospitalisés de cette section sont au nombre de 650 hommes et 350 femmes environ. Tout individu ayant atteint l'âge de 70 ans y est admis de droit, soit qu'il arrive directement du dehors, soit qu'il ait atteint cet âge, tout en étant dans la Maison ; elle comprend aussi les aveugles, les impotents qui ne peuvent rester dans les bâtiments à cause de leurs infirmités

Les hommes sont répartis en huit salles dont une est réservée aux gâteux, une autre aux ulcéreux ; dans les autres salles ils sont classés selon leur degré de validité.

Ils ne sont soumis à aucun travail, libres de leur temps qu'ils passent à se promener dans les cours ou assis dans leurs salles, auprès de leur lit.

Il serait à souhaiter que l'on ne reçut pas un aussi grand nombre d'aveugles, des jeunes au moins, qui placés dans des asiles spéciaux, pourraient se livrer à un travail utile et n'occuperaient pas ainsi la place de vieillards à qui l'on est chaque jour forcé de refuser l'admission dans la Maison.

Régimes. — Les vieillards reçoivent un régime spécial. Il est regrettable que le lait y entre pour une si petite part (25 centilitres deux fois par semaine) ce régime s'adressant à un grand nombre de cardiaques et d'individus atteints d'artério-sclérose.

Voici de quoi se compose le régime :

Lundi, mercredi et vendredi :

8 h. du matin. 50 centilitres de bouillon maigre.

Midi. 1/3 de litre de légumes secs cuits
au beurre.

— 25 centilitres de vin.

5 h. du soir. 50 centilitres de bouillon maigre.

Jeudi et Dimanche.

8 h. du matin 50 centilitres de bouillon gras.

25 centilitres de café.

Midi. 125 grammes de viande ou hachis.

5 h. du soir 60 grammes de gruyère ou 25 centilitres de pommes sèches cuites.

Mardi et Samedi.

Régime du 1^{er} degré vin (1).

Une fois tous les 15 jours le vendredi, régime du 2^e degré vin (1).

Tous les matins un pain de 500 grammes est délivré à chaque hospitalisé de la 4^e section, sauf à ceux qui sont au régime lacté.

Les octogénaires reçoivent double ration de vin et de café.

Les hommes valides prennent leur repas dans un réfectoire attenant à leurs dortoirs ; les femmes sont servies à leur lit.

La 4^e section est considérée, comme une annexe de l'infirmerie ; aussi une visite est elle faite par l'interne tous les jours dans chacune des salles ; tous les médicaments peuvent y être ordonnés il n'en est malheureusement pas de même des régimes.

Le régime lacté ne peut être donné que dans une seule salle ; or cette salle est celle des gâteaux, de sorte que si nous voulons mettre un vieillard au lait, et le cas se présente souvent, soit pour de l'albumine, soit pour tout autre maladie, nous sommes obligés de l'envoyer dans la salle des gâteaux, ce qui est fort humiliant pour ces malheureux, ou à l'infirmerie, ce que nous regrettons toujours quand l'affection n'est pas grave ; c'est en effet occuper, pour un simple changement de régime, une place peut-être précieuse pour un individu plus malade.

1. Nous verrons de quoi se composent ces régimes en parlant de la nourriture de l'infirmerie.

Il serait à souhaiter que l'on pût donner le régime lacté à tout hospitalisé de la 4^e section sans avoir besoin de le changer ni de salle, ni de lit.

Il serait également urgent qu'une salle fut organisée pour recevoir les vieillards atteints de maladies chroniques des voies urinaires : incontinence d'urine, hypertrophie de la prostate etc... ; ces malades, qu'il est impossible de garder à l'Infirmerie, ne reçoivent aujourd'hui que des soins très insuffisants ; ils sont condamnés la plupart du temps à rester au lit avec un urinal, ou, s'ils se lèvent, ils arrivent vite à uriner par regorgement et à salir leurs effets ; il faudrait qu'un panseur spécial fut attaché à ce service avec mission de les sonder à des intervalles réguliers plus ou moins fréquents selon la tolérance de leur vessie.

Malheureusement le personnel hospitalier, les auxiliaires, comme on les appelle à Nanterre, sont trop peu payés, recrutés parmi les hospitalisés n'ayant reçu aucune éducation pour le travail qu'on leur demande ; nous verrons que leur insuffisance se fait surtout sentir à l'Infirmerie et à la Crèche.

CHAPITRE II

L'Infirmerie. — La Crèche.

L'INFIRMERIE.

L'Infirmerie de la maison départementale est un vaste bâtiment situé à l'extrémité opposée à l'entrée ; il occupe une superficie de 2.400 mètres carrés et mesure 170 mètres de long sur 13 m. 50 de large.

L'Infirmerie comprend un rez-de-chaussée et 2 étages.

Rez-de-chaussée. — Les deux côtés en sont symétriques ; au centre se trouve une salle de 13 m. 50 de long sur 5 m. 50 de large, servant chaque jour de salle de consultation pour les hommes ; en face un vaste escalier conduisant aux deux étages.

Un couloir de 2 m. 50 de large divise le rez-de-chaussée dans une partie de sa longueur jusqu'aux salles de chirurgie.

Sur ce couloir donnent, d'un côté l'annexe de la lingerie, la salle de garde des internes, le cabinet de consultation, les deux salles d'opération nouvellement construites et la bibliothèque des internes ; du côté opposé la pharmacie, la tisanerie, deux pièces destinées à la consultation des femmes et trois chambres servant de chambres de garde aux internes.

A chaque extrémité de ce couloir, après avoir traversé un vestibule, se trouvent les salles de chirurgie, du côté Est la salle de chirurgie hommes, du côté Ouest la salle de chirurgie femmes. Ces salles mesurent 25 mètres de long sur 13 m. 50 de large et sont munies de 12 grandes baies donnant sur les cours ; elles étaient autrefois destinées à servir de promenoir pour les malades, leur utilisation comme salles de chirurgie ne laisse rien à désirer, mais les malades sont privés de leur promenoir, de sorte que tout l'hiver ils sont condamnés à rester assis auprès de leur lit, vivant constamment dans l'air qu'ils expirent, air vicié et tout-à-fait défavorable ; en été ils peuvent se promener dans les cours qui leur sont réservées.

Chacune des deux salles de chirurgie peut contenir 55 lits, et c'est peut-être le seul endroit de la maison où l'encombrement ne se fasse pas trop sentir, bien qu'aucun lit ne reste longtemps inoccupé.

Ces salles ont été récemment paraffinées de sorte qu'il est possible maintenant de balayer avec un linge humide sans soulever des nuages de poussière comme cela se pratique en médecine.

A l'extrémité des deux salles de chirurgie se trouvent d'un côté 4 chambres, dites d'isolement, où l'on place les malades venant d'être opérés (du côté des femmes une de ces chambres est destinée aux accouchements) ; de l'autre les lavabos, les cabinets et les chambres du panseur et du veilleur.

Cette unique chambre transformée en salle d'accouchements est absolument insuffisante ; dès qu'une femme est accouchée, on la transporte dans une des chambres voi-

sines, mais si elles sont déjà occupées par des opérées, on se voit dans l'obligation de la mettre de suite dans la salle commune de chirurgie; le personnel étant très restreint et la plupart du temps ignorant de l'antisepsie, nous avons vu des accouchées infectées par le voisinage de plaies septiques se trouvant dans la salle commune; il faudrait un plus grand nombre de chambres, des instruments spéciaux *ad hoc* mieux désinfectés, enfin un personnel plus au courant.

Premier et deuxième étages. — Le premier et le second étage, sont destinés à recevoir les services de médecine; la disposition de ces deux étages étant absolument semblable, nous ne ferons qu'une description pour les deux.

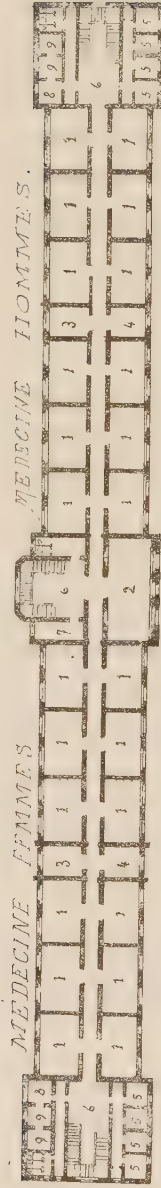
Un long couloir, analogue à celui du rez-de-chaussée, s'étend d'un bout à l'autre des services; sur ce couloir donnent des salles contenant chacune 8 malades; ces salles ne sont séparées du couloir que par une cloison en bois de 2 m 60 de haut, en sorte que l'air de deux salles communique librement ce qui revient à dire que ce sont des salles de 16 malades. Ces salles sont séparées, deux par deux, de leurs voisines par un mur et une porte de communication vitrée.

Au premier étage le service des hommes en occupe 14 et celui des femmes 10; au deuxième étage les hommes 12 et les femmes 12.

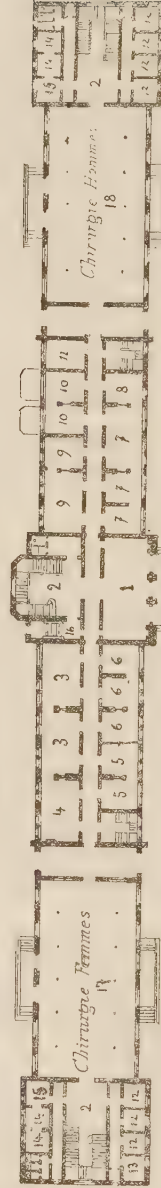
Au milieu de chaque service se trouve une salle où se tient le surveillant et en face une autre servant de dortoir aux auxiliaires.

En face du grand escalier une vaste salle contenant 18 lits sert au premier étage aux tuberculeux, au

INFIRMERIE



1^{er} Etage



Rez de Chaussée

Premier et deuxième étages.

1. Salle de malades (8 lits). Médecine hommes et femmes. — 2. Salle de malades (18 lits). Médecine hommes. — 3. Bureau de la surveillante. — 4. Dortoir des auxiliaires. — 5. Chambres d'isolement. — 6. Escaliers. — 7. Dépôt mortuaire. — 8. Ascenseur. — 9. Lavabos.

Rez-de-chaussée.

1. Salle de consultation (hommes). — 2. Escaliers. — 3. Pharmacie. — 4. Tisanerie. — 5. Salle de consultation (femmes). — 6. Logement des internes. — 7. Annexe de la lingerie. — 8. Salle de garde. — 9. Bibliothèque. — 10. Salles d'opération. — 11. Cabinet du chirurgien. — 12. Chambres d'isolement. — 13. Salle d'accouchement. — 14. Chambres des auxiliaires. — 15. Ascenseur. — 16. Salle de radiographie. — 17. Salle de chirurgie (femmes). — 18. Salle de chirurgie (hommes).

deuxième étage on y couche provisoirement les arrivants en attendant leur classement selon le diagnostic qui est porté au moment de la visite.

Au premier abord ces salles peu nombreuses (16 malades) semblent commodess pour l'isolement des diverses maladies, malheureusement il faut les traverser pour aller de l'une dans l'autre ; impossible aussi de créer un isolement aux extrémités des services, puisque les escaliers latéraux aboutissent en bas aux salles de chirurgie.

De plus l'hygiène est comprise d'une façon fort douteuse, ces cloisons, séparant les salles, sont en chêne sculpté, multipliant les angles, servant de nid aux insectes, dont il est impossible de débarrasser les malades, à la poussière et par conséquent aux microbes ; les parquets sont tous les jours frottés au papier de verre puis balayés à sec, ce qui soulève une poussière riche en bactéries respirée par les malades et le personnel. Nous avons demandé souvent à que ce balayage à sec soit remplacé par un lavage des salles, mais l'administration est restée sourde à nos réclamations.

Le personnel infirmier étant insuffisant, une chaise percée servant à tous les malades impotents est placée dans chaque salle, quelques gâteaux encombrant aussi les services (la salle qui leur est destinée à la 4^e section étant le plus souvent au complet) ce qui contribue à donner une odeur infecte dans les salles de malades ; l'aération est difficile à établir les fenêtres étant fort grandes, aussi l'hiver ne peut-on les ouvrir que pendant quelques minutes ; il n'existe pas de wasistas qui pourraient renouveler l'air sans risquer de donner froid aux malades.

Le chauffage est assuré à l'infirmerie par des poêles contenant des tuyaux de vapeur servant en même temps d'appel à l'air extérieur ; la ventilation se fait par des cheminées d'appel situées en haut des salles et où passe un courant d'air envoyé de l'usine par des machines soufflantes destinées à l'aspiration des poussières ; celles-ci viennent s'accumuler dans des boîtes situées dans les combles et qui sont vidées de temps en temps.

A chaque extrémité des services de médecine, se trouvent quatre chambres d'isolement, mesurant 3 m 50 sur 2 m 50, mais cet isolement est illusoire, puisque pour en sortir, il faut ou traverser le service de médecine ou celui de chirurgie et la contagion peut se faire par ce passage. Il faudrait un service d'isolement complètement à part le nombre des chambres (8 au 1^{er} et 8 au 2^e étant insuffisant), et c'est surtout pour l'isolement des enfants que cette réforme est des plus urgentes.

Une cellule capitonnée serait aussi de toute utilité car dans cette population où les alcooliques et les épileptiques sont nombreux, il ne se passe pas de semaine où nous n'ayons été obligés de faire enfermer quelques-uns de ces malheureux, qui souvent se blessent contre les murs de leur cellule, bien qu'on enlève de leur portée tous les objets avec lesquels ils pourraient attenter à leur vie.

En face des chambres d'isolement se trouvent les lavabos au nombre de 10 et 3 water-closet avec le système du Tout-à-l'Egout.

Il faudrait qu'une salle de bain soit adjointe à chaque service, car il est difficile d'envoyer à l'établissement des bains, des malades qui peuvent à peine marcher.

Un ascenseur dessert chaque service, il est utilisé à la fois pour le transport des vivres, du linge sale et la descente des cadavres dans les sous-sols, d'où on les porte à la morgue ; l'usage multiple de cet ascenseur, qui n'est jamais lavé nous paraît être un danger de contagion.

Enfin sur le palier de l'escalier central d'un côté sont des lavabos et de l'autre un dépôt mortuaire.

Les lits de l'Infirmierie étant tout en fer, sans rideaux, peuvent-être désinfectés facilement ; chaque malade possède un matelas de varech et un de laine et une ou deux couvertures selon la saison ; les tables de nuit sont aussi en fer avec un côté toujours ouvert.

Le cubage d'air est suffisant puisque 40 mètres environ sont alloués à chaque malade, mais comme nous l'avons dit, le besoin se fait sentir d'un promenoir attenant à chaque service et qui pourrait en même temps servir de réfectoire.

Les cuisines étant assez éloignées de l'Infirmierie, la nourriture arrive souvent froide, et la distribution à chaque lit complique encore le service.

Il serait aussi fort utile que le lait fut bouilli, car outre les dangers de contagion par les bacilles qui peuvent y être contenus, l'été nous l'avons vu plusieurs fois aigrir et ces jours là, les malheureux malades, soumis au régime lacté, passaient la journée avec un pot de tisane.

Il est aussi impossible de le faire bouillir dans les services, puisqu'il n'y a qu'un réchaud à gaz pour 140 malades.

Régimes. — Chaque matin la visite est passée dans les différents services par les chefs de service et les internes.

Tous les médicaments peuvent être prescrits et sont distribués dans l'après-midi. De plus selon la maladie, le médecin peut ordonner un des régimes dont voici la composition :

1) *Diète* qui se compose de 1 litre de bouillon gras ou maigre.

2) *Régime lacté* : 1,2 ou 3 litres de lait selon les prescriptions du médecin.

3) *Régime maigre*. Il comprend :

1^{er} repas. 20 centilitres de lait.

2^e repas. 25 centilitres de potage maigre.

— 2 œufs en omelette ou sur le plat.

— 80 grammes de légumes verts.

— 40 centilitres de lait.

3^e repas. 25 centilitres de potage maigre.

— 120 grammes de légumes verts.

— 500 grammes de pain.

4) *Régime du 1^{er} degré lait*. Il se compose de :

1^{er} repas. 20 centilitres de lait.

2^e repas. 25 centilitres de potage maigre.

— 50 grammes de viande rôtie et désossée.

— 80 grammes de légumes verts.

— 50 centilitres de lait.

3^e repas. 25 centilitres de potage gras.

— 125 grammes de hachis ou 50 de viande rôtie.

— 50 grammes de légumes secs.

— 500 grammes de pain.

5) *Régime du 1^{er} degré avec vin* :

1^{er} repas. 20 centilitres de lait.

2^e repas. 25 centilitres de potage maigre.

— 50 grammes de viande rôtie.

— 80 grammes de légumes verts.

— 10 centilitres de vin.

3^e repas. 25 centilitres de potage gras.

— 2 œufs en omelette ou sur le plat.

— 50 grammes de légumes secs.

— 10 centilitres de vin.

— 500 grammes de pain.

6) Le *Régime du 2^e degré* comprend :

1^{er} repas. 25 centilitres de potage maigre.

2^e repas. 30 centilitres de potage maigre.

— Ragoût composé de viande et légumes.

— 25 centilitres de vin.

3^e repas. 25 centilitres de bouillon gras.

— 90 grammes de viande bouillie.

— 55 grammes de légumes secs ou de riz.

— 600 grammes de pain.

Les nourrices, les femmes enceintes et les auxiliaires reçoivent sauf indication contraire le 2^e degré avec un pain de 750 grammes.

De plus dans la proportion de 10 pour 100 de la population de l'Infirmierie un des plats des régimes peut être remplacé par une des portions suivantes : un bifteck, une côtelette, ou 80 grammes de viande hachée, 2 œufs ou 80 grammes de poisson ou 50 grammes de fromage.

Ces régimes sont suffisants pour la plupart des malades, nous verrons cependant, en parlant de la tuberculose, que l'alimentation, qui est un des principaux facteurs du traitement, ne peut être ordonnée par le médecin dans des proportions nécessaires.

Les malades, placés à l'infirmierie, sont classés sous le nom de cinquième section ; voici leur répartition :

Chirurgie. — Hommes, 60 lits.

— Femmes, 60 lits.

Médecine. — Hommes, 1^{er} étage, 140 lits.

— Femmes, 1^{er} étage, 90 lits.

— Hommes, 2^e étage, 140 lits.

— Femmes, 2^e étage, 90 lits.

Ce qui constitue un effectif d'environ 600 lits.

La crèche, dont nous parlerons dans ce chapitre, fait aussi partie de la cinquième section.

Voyons maintenant comment les malades sont admis à l'infirmierie.

Il arrive chaque jour à midi une voiture qui amène de la Préfecture, les hommes et femmes admis dans la Maison ; les hospitalisés arrivant directement au bâtiment des bains passent d'abord entre les mains du coiffeur, qui leur coupe les cheveux et la barbe ; puis on leur fait prendre un bain et on leur donne les vêtements correspondant à leur section : gris pour les première et deuxième sections, bleus pour les troisième et quatrième. Nous avons dit au début de ce travail comment étaient recrutés ces différentes sections. Les habits de tous ces individus sont envoyés à l'étuve de désinfection et placés ensuite aux bains en un paquet qui leur est rendu au moment de leur sortie.

L'interne de garde va chaque jour passer une visite sommaire des arrivants ; tout individu reconnu malade à ce moment est envoyé directement à l'infirmierie.

C'est surtout à la consultation de 2 heures que de nom

breux hospitalisés reconnus malades sont reçus à l'Infirmierie ; cette consultation est faite tous les jours par l'interne de garde dans une salle du rez-de-chaussée destinée à cet usage.

Nous avons vu jusqu'à 100 malades venir réclamer des soins à cette consultation ; ne sont envoyés à l'Infirmierie que ceux reconnus gravement atteints ; les autres sont soignés sur place ; une liste de médicaments, malheureusement trop courte, est mise à la disposition du médecin qui peut les ordonner pour plusieurs jours. Chaque matin les hospitalisés viennent dans cette même salle où des infirmiers leur distribuent les médicaments, ordonnés la veille. Lorsque ce traitement, toujours sommaire et incomplet, ne fait pas l'effet désiré, le malade revient à la consultation : il est alors envoyé à l'Infirmierie.

Une consultation, analogue à la précédente, est faite ensuite pour les femmes dans une salle réservée à cet effet.

Les nourrices, les enfants et les hospitalisés hommes et femmes de la 4^e section ne viennent pas à cette consultation, de l'après-midi puisque chaque jour la visite est passée le matin dans chacune de leurs salles : nous avons vu comment ils pouvaient être envoyés à l'Infirmierie.

Enfin dans le courant de la journée et de la nuit les malades sont amenés par les surveillants dans la salle de consultation, visités par l'interne de garde et envoyés à l'Infirmierie, si leur état le nécessite.

Malgré le grand nombre de lits de l'Infirmierie, bien souvent nous n'avons pu recevoir des malades, obligés de les renvoyer dans leur section, car la population

presque tout entière de la maison est composée de dégénérés, d'alcooliques, de tuberculeux, de chroniques, d'individus en un mot qui ont besoin de soins continuels et pour qui la place manque, vu leur nombre toujours croissant.

Enfin en cas d'urgence, on admet directement à l'Infirmierie les blessés et les malades non transportables se présentant munis d'un certificat d'indigence, fourni par les maires des communes environnantes.

Avec le mouvement considérable d'entrées, on se trouve dans l'obligation de renvoyer dans les bâtiments des malades souvent à peine guéris : malheureusement il est impossible de les suivre pendant leur convalescence ; dès qu'un hospitalisé sort de l'Infirmierie, il reprend la vie commune du bâtiment et de l'atelier.

Si au contraire un décès se produit, l'interne le constate ; le cadavre est placé dans un dépôt mortuaire et transporté le soir à la Morgue.

Personnel. — Pour soigner un aussi grand nombre de malades, voyons comment sont secondés les médecins. Le personnel, disons-le de suite, est absolument insuffisant : il se compose de 4 surveillantes et de 2 surveillants astreints à vivre continuellement au milieu d'une atmosphère peusaine, d'une poussière et d'odeurs désagréables, aussi la tuberculose a-t-elle déjà fait parmi eux de nombreuses victimes et nous ne saurions mieux décrire ce danger qu'en répétant ce que M. le Docteur Marfan écrivait le 30 mars 1895 dans la Tribune médicale : « La tuberculose est très fréquente dans le personnel hospitalier ; elle décime les surveillantes ; à Ne-

cker la moitié des surveillantes est frappée de phthisie. Ce sont celles qui accomplissent leurs fonctions avec le plus de zèle et de dévouement qui sont atteintes.

Il est remarquable que ce sont les surveillantes des services de médecine qui deviennent phthisiques, celles des services de chirurgie sont généralement épargnées ».

Ce personnel, de plus est surmené ; les mêmes surveillantes assurent le service de jour et de nuit, et un jour sur quatre elles couchent à l'Infirmierie, faisant de nouveau leur service le lendemain, sans que l'on tienne assez compte de la fatigue qui en résulte ; il serait à souhaiter que l'on établisse un service de nuit, comme cela se pratique dans les hôpitaux de l'Assistance Publique.

L'organisation du personnel infirmier subalterne laisse aussi beaucoup à désirer, et quoique nous puissions dire, que bien souvent nous avons constaté beaucoup de bonne volonté et même de dévouement, que peut-on exiger d'individus, payés 7 francs par mois, qui ne touchent que la moitié de leur traitement, et d'un certain nombre qui n'est même pas payé du tout.

De plus ce personnel est recruté au hasard, sans aucune éducation préalable, et quand le service auquel il est destiné commence à lui être familier, qu'il a ramassé un petit pécule, il abandonne la Maison.

Il serait donc nécessaire de créer à l'Infirmierie un personnel analogue à celui des hôpitaux, mieux rétribué, et qui, hiérarchiquement, pourrait trouver là une situation en rapport avec ses capacités.

Le nombre des auxiliaires est aussi trop restreint ; il n'y a en effet qu'un infirmier pour 32 malades et un pan-

seur pour tout un service ; si on songe au nombre d'impotents, de gâteux, qui encombrent l'Infirmierie et qui ont besoin de soins continuels, on juge de l'insuffisance et du surmenage du personnel.

LA CRÈCHE.

La Crèche de la Maison de Nanterre est une des parties les plus intéressantes, tant au point de vue social, qu'au point de vue de l'hygiène.

On reçoit à la crèche les mères et leurs enfants âgés de moins de trois ans. Ce sont, ou des mendiante libérées (il y en a fort peu de cette catégorie) ou des filles-mères (ce sont les plus nombreuses) ou des femmes abandonnées par leur mari.

La crèche reçoit aussi les femmes enceintes, arrivées près du terme de leur grossesse, auxquelles on peut donner des soins ou un régime qu'il serait impossible d'exécuter dans les bâtiments. Au moment de l'accouchement on les fait passer dans le service de chirurgie, et plus tard elle reviennent à la crèche avec leur enfant. Elles y trouvent un asile jusqu'à ce qu'il ait atteint l'âge de 3 ans ; c'est la période de la vie pendant laquelle la mère est la plus utile à son enfant, la période pendant laquelle la mortalité infantile est fort élevée chez ces malheureux petits êtres, nourris au biberon dans les crèches pendant que la mère travaille au dehors.

Cette hospitalisation est une œuvre humanitaire des plus utiles et qui doit être encouragée de tous nos efforts,

puisqu'elle permet à l'indigente de conserver son enfant avec elle et de lui donner tous les soins nécessaires ; chaque jour des admissions doivent être refusées, la Crèche ne contenant que 40 lits pour les nourrices et 42 berceaux pour les enfants.

La Crèche est située au rez-de-chaussée d'un des bâtiments du côté des femmes ; elle est séparée en deux par une cloison vitrée, dans la première salle couchent les nourrices, qui ont les enfants les plus âgés, dans la seconde les nouveaux-nés et leurs mères, mais les proportions étant variables, cette division n'est que fictive ; elle n'est du reste pas utile.

Les lits des nourrices sont placés tout autour de la salle mais l'hiver les bouches de calorifère qui sont contre les murs, donnent une chaleur difficilement supportable venant trop directement contre les lits ; les berceaux sont placés au milieu de la salle ; les nourrices donnant le sein pendant la nuit les approchent le soir de leur lit.

Pendant la journée, les mères travaillent dans un atelier contigu à la crèche à des travaux de lingerie et aux chaussons, elles reçoivent comme nourriture le deuxième degré vin ; nous avons vu en quoi consistait ce régime en parlant de la nourriture de l'Infirmierie.

Toutes les deux heures dans le courant de la journée, les mères viennent donner le sein à leurs enfants que des auxiliaires surveillent dans l'intervalle.

On donne aux enfants, suivant leur âge et les prescriptions du médecin, un régime composé de lait ordinaire ou stérilisé, de bouillies faites avec de la farine de froment ou maltée, d'œufs et de potages.

A la visite du matin, les arrivants sont examinés et après s'être assuré qu'ils ne présentent aucune affection contagieuse la mère et l'enfant sont soumis au régime qui leur convient.

Les enfants malades peuvent être soignés à la crèche ; étant considérée comme annexe de l'Infirmierie tous les médicaments peuvent y être prescrits. Chaque fois que l'affection dont ils sont atteints est bénigne et non contagieuse, c'est de préférence sur place que les soins leur sont donnés, les ordonnances du médecin étant mieux exécutées par les infirmières que par les mères qui en exagérant les soins les rendent souvent plus nuisibles qu'utiles à leurs enfants.

Mais dans les cas de maladies contagieuses ou d'affections graves, l'utilité de l'hospitalisation s'impose ; c'est toujours à regret que nous voyons les petits malades monter à l'Infirmierie ; l'enfant, qui est si facilement en état de réceptivité morbide, va se trouver en plein milieu contaminé ; on essaie bien autant que possible de placer les petits malades dans des salles qu'on leur réserve, mais quand il y a de l'encombrement cette séparation ne peut plus avoir lieu.

Cette promiscuité est toujours défavorable, une simple bronchite peut se transformer en broncho-pneumonie, si le voisin en est atteint ; voici une enfant qui a de la fièvre depuis quelques jours, une éruption de rougeole se déclare, il est trop tard pour l'isoler, ses voisins sont contagionnés ; enfin, comme Hanot l'a montré dans sa thèse, combien ont emporté de l'Infirmierie le germe d'une tuberculose qui se déclare plus tard.

De toutes ces considérations nous pouvons conclure que le séjour à l'Infirmierie est plus souvent préjudiciable qu'utile aux enfants de la crèche.

Avec 4 chambres à l'Infirmierie dont une a besoin d'être réservée aux agités, comment réaliser l'isolement ; c'est impossible.

A la salle de la crèche on a essayé au moment des épidémies de mettre les petits malades dans la partie de la salle séparée par la cloison vitrée, et ceux qui étaient indemnes de l'autre côté ; mais cet isolement était illusoire, les mères et les auxiliaires passant d'une salle dans l'autre sans prendre les précautions antiseptiques nécessaires : la crèche tout entière s'est successivement transformée en salle de rougeole, de coqueluche, de varicelle. Les cas les plus graves ont été transportés à l'Infirmierie où ces épidémies ont fait de nombreuses victimes.

Cette organisation est défectueuse ; par quels moyens pourrait-on remédier à son insuffisance ?

Il faudrait pouvoir isoler tout enfant arrivant à la Maison, qui doit être considéré comme étant en incubation d'une maladie contagieuse ; c'est cette méthode qui a donné d'excellents résultats à l'Hôpital des Enfants Malades ; on répondra à cela qu'à l'hôpital dont nous parlons les enfants ne sont pas accompagnés de leur mère et que leur isolement est plus facile dans une salle commune. Il faudrait un certain nombre de chambres où l'on placerait dès son arrivée la mère avec son enfant ; cet isolement serait rigoureux pendant 15 jours, c'est la durée d'incubation de la rougeole, celle des autres fièvres éruptives étant moindre, on aurait ainsi toute sécurité ; cette pé-

riode terminée, l'enfant et sa mère seraient placés dans la salle commune.

Il suffirait de quelques chambres attenantes à l'Infirmierie, que l'on puisse facilement désinfecter.

Mais le service de la crèche ne répondra véritablement aux exigences de l'hygiène et n'effectuera une prophylaxie parfaite que le jour où l'on construira une infirmerie spéciale d'enfants soit par chambres isolées, soit par boxes formés de cloisons de verre tel que cela est établi dans le service des douteux à l'hôpital des Enfants Malades. Un personnel infirmier dont l'éducation serait vite faite aurait besoin d'être adjoint à cette nouvelle organisation. On aurait ainsi l'espoir de ne plus voir se renouveler ces épidémies inévitables dans une crèche où la promiscuité ne peut être évitée ; n'étant plus mélangés aux malades adultes, on pourrait empêcher les contaminations si fréquentes qui ont lieu à l'Infirmierie et améliorer beaucoup les conditions d'existence de ces petits êtres qui forment une partie si intéressante de la population de la Maison.

CHAPITRE III

Statistique de 1890 à 1900.

MORBIDITÉ. MORTALITÉ.

Le groupe social qui compose la population de la Maison de Nanterre n'est certes pas dans une situation physique bien brillante : l'âge, l'indigence, les privations, la mauvaise conduite, l'ivrognerie et aussi il faut bien le reconnaître, cette fatalité qui semble s'attacher tout particulièrement à certains individus, conduisent dans cette Maison un grand nombre de malheureux qui y restent par inertie, sentant bien eux-mêmes que rendus à la lutte pour la vie ils seraient incapables de la soutenir. Enfin il y a parmi eux un certain nombre de dégénérés sociaux, trouvant à Nanterre un refuge contre la société, qui ne leur pardonnera jamais les fautes dont ils ont pu se rendre coupables envers elle.

Ces malheureux, n'ayant connu pour la plupart que la misère, à peine alimentés, à peine abrités, ayant affronté toutes les intempéries, fournissent on le comprend un nombreux contingent de malades ; leur morbidité elle-même recouvre un caractère un peu spécial ; les mala-

dies des différentes classes de la société ne sont pas comparables entre elles ; on ne voit certaines affections qu'à l'hôpital, d'autres sont uniquement l'apanage de la classe élevée, aussi nous a-t-il paru intéressant par une statistique de 10 ans, d'étudier les maladies qui se reproduisent le plus souvent parmi cette population.

Cette statistique, nous avons dû la simplifier, pour qu'elle ne deviennent pas fastidieuse, mais nous nous arrêterons notamment sur certaines affections, qui par leur fréquence et par leur allure revêtent un caractère qui n'est pas dénué d'intérêt.

Le mouvement d'entrées à l'Infirmierie est très considérable, puisqu'il n'y en a pas moins de 5000 chaque année, mais disons de suite que dans ce nombre, nous retrouvons plusieurs fois dans le courant de l'année le même malade ; tel albuminurique par exemple qui vient à l'Infirmierie pour une crise d'œdème aigu du poumon, sort guéri de sa localisation pulmonaire, non de son mal de Bright ; de même les tuberculeux que nous hospitalisons surtout pendant la mauvaise saison retournent à l'atelier lorsque la température redevient meilleure.

Nous avons résumé en 3 tableaux : hommes, femmes, enfants, les maladies qui nous ont paru offrir le plus d'intérêt et nous allons les passer en revue en parlant des particularités qui nous ont le plus frappé et qu'il nous a été donné d'observer pendant nos deux années d'Internat à Nanterre.

Nous parlerons d'abord des affections des organes respiratoires, puis des maladies de l'appareil digestif, du cœur,

ENFANTS											
	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900
Entrées	209	130	169	136	194	216	219	228	232	263	237
Décès	12	29	25	11	16	17	18	34	34	50	18
Athrepsie.....	8	13	4	4	7	14	9	21	7	6	3
Bronchite.....	45	40	35	10	13	20	22	25	30	20	17
Broncho-pneumonie.....	20	22	19	9	8	15	19	20	24	30	14
Gastro-entérite.											
Diarrhée.....	63	34	22	16	19	19	22	49	45	26	18
Rougeole.....	15	46	22	17	16	1	18	5	1	33	9
Coqueluche.....	16	9	6	1	2	4	4	4	2	7	13
Tuberculose.....	4	3	6	6	4	3	6	1	1	6	6
Varicelle.....	0	7	1	4	1	0	14	0	0	1	2
Diphtérie.....	4	0	0	0	0	0	0	0	2	3	2
Angine.....	4	1	0	1	2	1	5	3	1	1	2
Scarlatine.....	0	0	7	1	0	1	0	0	0	0	0
Pneumonie.....	2	3	0	1	1	0	0	4	2	1	0
Grippe.....	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	17
Méningite.....	0	3	1	1	0	1	0	3	2	3	2
Oreillons.....	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Fièvre typhoïde..	0	2	0		0	0	0	0	1	0	0
				0							

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Tuberculose pulmonaire. — Une thèse sur « la tuberculose à la maison de Nanterre » a été publiée en 1899 par notre collègue le Docteur Hanot. On pourra se reporter à ce travail pour se rendre compte des ravages que fait la phthisie parmi la population de la Maison; il nous sera permis cependant de faire quelques réflexions personnelles à ce sujet.

La lutte contre la tuberculose est aujourd'hui franchement engagée en France; des sanatoria se construisent, des ligues se forment pour sauver des vies humaines, pour prévenir et guérir une maladie essentiellement évitable et curable.

Voyons à Nanterre comment sont soignés les tuberculeux et comment ils devraient y être traités.

Les tuberculeux qui forment plus de 30 pour 100 de la population totale de la Maison ne viennent à l'infirmerie que porteurs, le plus souvent, de lésions avancées ; nous avons décrit la topographie des salles dans lesquelles leur isolement est tout à fait illusoire ; au moment de leur arrivée ils sont placés dans la salle commune des arrivants et ne sont transférés que le lendemain dans une salle à part ; malheureusement cette salle est vite remplie, de sorte que plus d'une fois nous nous sommes vu dans l'obligation de les mélanger à d'autres malades pour lesquels ils deviennent un danger.

Ces tuberculeux crachent partout leurs bacilles, à l'atelier, dans les couloirs, dans les cours.

Comme traitement quelques révulsifs, une potion calmante, une alimentation grossière et le malheureux phthisique est voué à une mort certaine.

Non seulement aucune guérison ne peut être tentée avec ces faibles moyens de traitement, mais encore le tuberculeux devient un danger pour tous.

Quel remède pourrait-on donc apporter à cet état de choses ? l'isolement d'abord ; il faudrait pour arriver à un but utile examiner très consciencieusement tout arrivant, et s'il est reconnu porteur de lésions bacillaires, le classer dans une des deux catégories suivantes : tuberculeux au début qui ne crachent pas, tuberculeux avérés qui crachent.

Quel traitement leur appliquer pour avoir quelques chances de guérison ? l'air et l'alimentation.

Il faudrait créer des ateliers spéciaux pour les 2 catégories dont nous parlions tout à l'heure, ateliers bien aérés, où les malades ne seraient astreints qu'à un travail compatible avec l'état de leur poumon, munis de crachoirs, avec recommandation expresse de ne pas cracher ailleurs, et que cet isolement continuât dans les dortoirs et les réfectoires. Ce serait une sorte de sanatorium comme il en existe à l'hôpital Boucicault, qui ont été construits sans frais bien considérables.

Il faudrait aussi pouvoir alimenter ces tuberculeux, les suralimenter même comme le fait M. le Professeur Letulle dans son service de Boucicault, c'est le meilleur traitement du phthisique, le seul qui donne quelque chance de réussir à la thérapeutique médicamenteuse.

Sous l'influence de l'alimentation insuffisante, de l'hygiène défectueuse, de la malpropreté qui règne parmi les hospitalisés, nous avons vu des tuberculoses nombreuses évoluer chez des individus âgés ; ces tuberculoses des vieillards sont plus fréquentes qu'on ne le croit généralement, tuberculoses aussi bien pulmonaires que locales ; cette fréquence des tuberculoses osseuses et ostéo-articulaires chez les individus âgés a été fort bien démontrée par des statistiques faites à Nanterre par notre collègue et ami le Dr Moret (1). Nous croyons que bien souvent ce n'est que le réveil d'une ancienne lésion, après une période plus ou moins longue d'accalmie ; cette opinion est fondée sur le grand nombre de tuberculoses ancien-

1. Moret. *Contribution à l'état clinique des tuberculoses osseuses et ostéo-articulaires chez les vieillards*. Thèse Paris 1900,

nes sclérosées que nous avons constatées à l'autopsie. Il ne nous a pas été possible de faire une statistique de ces tuberculoses reconnues post mortem, mais nous pensons qu'une moyenne de 20 pour 100 n'est pas au-dessus de la vérité.

Ces tuberculoses chroniques retentissent peu sur l'état général ; les symptômes, les réactions sont beaucoup moins accentués que chez l'adulte ; la toux, l'expectoration, les sueurs sont moins abondantes, et ces vieillards meurent de cachexie lente.

Quant au personnel, surveillants et surveillantes, il semble que les conditions hygiéniques et les précautions de désinfection, qui sont appliquées dans un service où l'on traite des tuberculeux soient aussi pour lui une garantie.

Voici à cet égard 2 faits cités par Doischevallier (1) qui semblent absolument démonstratifs : « Dans un sanatorium qui héberge une centaine de malades et occupe une soixante de domestiques, dans une période de 14 ans seule, une des nombreuses filles de service constamment en contact avec les malades, leur linge et autres objets, a été atteinte ; on a découvert alors que son père et sa mère étaient morts phtisiques : cette malade soignée dès le début a d'ailleurs guéri.

Plus frappants sont encore les résultats constatés à l'Hôpital de Brompton, où en 20 ans on a soigné 15000 phtisiques sans que personne des médecins, des ecclésiastiques directeurs, surveillants et surveillantes aient été atteints d'affection pulmonaire ».

2. *Les sanatoria pour phtisiques in Génie Civil*, 14 avril 1894.

Un projet est à l'étude à la Maison de Nanterre pour placer des crachoirs dans les ateliers et les galeries, pour donner des crachoirs individuels, enfin pour stériliser les crachats des phtisiques de l'Infirmerie ; ces mesures sont excellentes, malheureusement elles n'affaibliront que bien peu la mortalité très élevée de la phtisie et ne compenseront en rien l'insuffisance du traitement actuel.

Bronchite. — Les affections de l'appareil respiratoire sont nombreuses dans une population prédisposée par ses antécédents aux différentes infections, alcoolisme, tabagisme ; les professions diverses qu'ils ont exercé ne contribuent pas moins à entretenir le catharre chronique des bronches chez un grand nombre d'entre eux ; ces malades sont en proie tout l'hiver à des accidents respiratoires, aussi les bronchites et bronchites chroniques sont-elles nombreuses chaque année à l'Infirmerie.

Les pleurésies que nous avons eu à soigner ont toutes été traitées par la ponction ; plusieurs fois l'épanchement a récidivé et nous avons vu se réaliser chez quelques sujets la théorie du Professeur Landouzy ; nos malades se sont cachectisés peu à peu et la tuberculose pleuropéritonéale ou pulmonaire n'a pas tardé à les enlever ; est-ce l'influence du milieu, nous le croyons, car ces pleurésies ont atteint des individus jeunes, chez qui nous aurions pu espérer une guérison, si le milieu avait été plus favorable, si l'air et une nourriture en rapport avec leur état avaient pu leur être distribuée.

Pneumonie. — La pneumonie est endémique à la Maison de Nanterre ; elle fait de nombreuses victimes dans le quartier des vieillards ; cela n'a rien de surprenant :

« C'est la fin naturelle des vieillards » a dit Peter.

Il n'en est pas de même chez les individus plus jeunes, la pneumonie a revêtu chez eux une forme tout autre sans répondre cependant à la description classique.

Chez le vieillard elle évolue sans bruit, sans début brusque, c'est la pneumonie latente et ambulatoire ; un vieillard se plaint d'un léger malaise depuis quelques jours, d'inappétence, il meurt presque subitement et à l'autopsie on trouve souvent tout un poumon hépatisé ; la langue dans ce cas est le meilleur mode de diagnostic ; chez tout vieillard qui, avec une langue sèche et rôtie présente une élévation thermique, on peut presque à coup sûr affirmer la pneumonie ; à l'auscultation, du souffle et quelques râles crépitants pendant la toux et les grandes inspirations.

Chez l'adulte au contraire, la pneumonie s'est présentée le plus souvent avec des symptômes d'intoxication générale, c'est bien la pneumococcie de Landouzy ; c'est tantôt la pneumonie des alcooliques avec son délire loquace, son agitation des plus vives, ses hallucinations ; à peine peut-on maintenir le malade dans son lit entre deux planches ; la langue est sèche, la face vultueuse ; puis, avec une température toujours élevée, succède à la période d'agitation, une dépression, qui se transforme bientôt en coma ; tantôt c'est une forme comateuse dès le premier jour, contre laquelle toute thérapeutique est impuissante.

Disons enfin que dans les broncho-pneumonies, aussi bien que dans les pneumonies, que nous avons observées, la défervescence s'est rarement fait en lysis, le plus

souvent en crise pour remonter ensuite à plusieurs reprises. Ce sont des broncho-pneumonies à répétition ; nous avons eu notamment une malade, qui sans être suspectée de tuberculose, et recevant tous les soins nécessaires avait chaque semaine une poussée de fièvre correspondant à une poussée de râles sous-crépitaux, sans que rien ne vienne expliquer ces fréquentes rechutes.

Emphysème. — Les emphysémateux sont aussi en grand nombre, ce sont ici les mêmes facteurs, alcoolisme, artério-sclérose, qui jouent un rôle prépondérant ; de nombreuses admissions à l'Infirmierie ont été nécessitées par les crises très pénibles auxquelles sont sujets un grand nombre d'hospitalisés.

L'iodure de potassium et le régime lacté nous ont toujours donné d'excellents résultats, une fois la crise de grande oppression terminée.

A l'amphithéâtre, nous avons bien souvent constaté ces poumons blanchâtres, caractéristiques, qui débordent dès l'ouverture de la cavité thoracique.

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF.

Entérite. — L'entérite prime toutes les autres affections dans la population de la Maison de Nanterre et si nos tableaux ne donnent pas un chiffre plus élevé d'embarras gastriques et de diarrhées c'est que tous les malades qui en sont atteints ne sont pas admis à l'Infirmierie. Chaque jour à la consultation de l'après-midi, c'est à plus de 30 malades que nous ordonnions le bismuth (le seul médicament anti-

diarrhémique qui fut à notre disposition pour les malades qui n'étaient pas reçus à l'Infirmierie).

Noël dans sa thèse (1) rapporte qu'au moment de l'épidémie de choléra un infirmier spécial distribuait chaque jour du bismuth à plus de 200 diarrhéiques.

L'entérite n'est que rarement par elle-même une entité morbide, c'est plutôt un symptôme, l'indice d'une infection de tout le tube digestif; comment expliquer la genèse de cette infection; nous pensons que le coli-bacille doit être incriminé et si à l'état de santé ses toxines sont inoffensives, il n'en est pas de même lorsque l'épithélium de l'intestin est desquamé, que le foie et les reins ont un fonctionnement insuffisant. Capable de donner lieu à la diarrhée simple, à la diarrhée à forme dysentérique, son rôle doit encore être incriminé dans ces affections qu'il nous a été donné d'observer et qui ressemblaient en tout point à un état typhoïdique atténué.

Cette irruption du coli-bacille dans l'intestin sert de porte d'entrée, croyons nous, au bacille de Kock, qui cultive dans l'intestin du tuberculeux par ingestion des crachats et peut être aussi, chez l'individu indemne de tuberculose pulmonaire, par absorption de lait, de viande, de pain même, contenant le bacille tuberculeux.

Nous avons observé des entérites cholériformes, dysentériques, accompagnées de vomissements bilieux; la langue rouge, sèche, la peau froide, le ventre excavé, le facies grippé, l'anurie, témoignaient de la gravité de l'infection.

1. Noël. Le choléra à la maison de Nanterre. Thèse Paris 1893.

Le foie participe la plupart du temps à toutes les entérites, même les plus bénignes, et les excès alcooliques antérieurs n'étaient pas étrangers à cette réaction.

La nourriture peu substantielle de la Maison est bien faite, il faut l'avouer, pour entretenir ces diarrhées si nombreuses ; la tisane distribuée dans les bâtiments, séjournant longtemps dans de grands bassins de métal insuffisamment nettoyés, enfin l'eau non filtrée qu'il est impossible d'empêcher de boire aux hospitalisés, sont autant de raisons pour provoquer cet état catharral du tube digestif ; aussi le choléra en 1892 et le typhus en 1893 ont-ils trouvé un terrain tout préparé pour leur évolution.

Le régime lacté, les antiseptiques intestinaux, calomel, benzonaphtol sont du plus heureux effets dans ces cas d'infections intestinales, malheureusement nous ne pouvons hospitaliser tous les individus atteints d'entérite ; ils se cachectisent peu à peu, la diarrhée devient chronique et ils vont alors grossir le nombre des gâteux, encombrant déjà plusieurs salles dans la maison.

Nous avons enfin observé comme phénomènes éloignés, dus à l'infection du tube digestif, un assez grand nombre de cas de tétanie ; elle se montre à Nanterre avec une fréquence toute particulière ; signalée pour la première fois par Kussmaul en 1869, elle a été étudiée successivement par Bouveret et Devic (1), puis de nouvelles observations furent publiées par Biscaldi et Bamberger.

1. Bouveret et Devic. Recherches chimiques et expérimentales sur le tétanos d'origine gastrique (*Rev. de médecine* n° 1 et 2) 1892.

Trousseau(1) dans ses cliniques décrit ces contractures absolument telles que nous les avons observées; voici ce qu'il en dit : « c'est une sensation de fourmillements dans les mains et les pieds, une hésitation, une gêne dans les mouvements des doigts et des orteils qui n'ont plus leur liberté habituelle d'action...; cette contracture involontaire augmente, elle est douloureuse et analogue à la crampe à laquelle d'ailleurs les patients la comparent ». Nos malades furent en général pris plus brusquement, c'est une crampe qui raidit immédiatement leurs extrémités et les immobilise dans cette position.

Plus loin Trousseau dit encore : « Aux extrémités supérieures le pouce est entraîné dans l'adduction forcée, les doigts serrés les uns contre les autres se fléchissent à demi sur lui, le mouvement de flexion ne s'opérant ordinairement que dans l'articulation métocarpo-phalangienne; la main, dont la paume se creuse par le rapprochement de ses deux bords externe et interne, affecte alors la forme d'un cône, où si vous le voulez celle que prend la main de l'accoucheur lorsqu'il veut l'introduire dans le vagin ».

Nous n'avons jamais constaté de contracture des muscles du tronc, ni raideur de la nuque, pas de trépidation épileptoïde, de soubresauts, ni de convulsions toniques ou cloniques.

Chez tous nos malades nous avons observé de la diarrhée; c'est un des facteurs étiologiques les plus fréquents : « de ces états pathologiques, la diarrhée, alors

1. Trousseau. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, 1877. Article Tétanie.

surtout qu'elle a été abondante et rebelle, est celui dont l'action est la plus évidente » dit encore Trousseau.

Dans leur mémoire Bouveret et Devic expliquent la formation de ces toxines par l'hypersécrétion gastrique qui mélangée à l'acide chlorhydrique et à l'alcool ou aux aliments acides ingérés par les malades, concourraient à la production de la peptotoxine, qui, par sa résorption, produit des phénomènes tétaniques.

Hayem et Jaworski émettent une autre théorie : par suite des vomissements, de la diarrhée et de la diminution du pouvoir absorbant de la muqueuse stomacale et intestinale, l'organisme subit une grande déperdition d'eau et de chlorures ; cette tétanie serait alors analogue aux crampes des cholériques.

A propos d'une récente communication du docteur Maurice de Fleury sur l'épilepsie toxi-alimentaire le docteur Cassaët de Bordeaux discute la question de savoir si les cas de tétanie observés dépendent d'une auto-intoxication digestive, ou de l'irritation mécanique des parois du tube digestif, sous l'influence de fermentations anormales.

Les uns n'admettent pas l'existence des toxines alimentaires, les autres les font provenir de transmutations imparfaites des substances ingérées ou résorption trop hâtive de produits intermédiaires et n'ayant pas encore subi toutes les élaborations nécessaires pour devenir utilisables.

Nous pensons aussi que ces troubles gastriques et l'état permanent d'infection du tube digestif peuvent à la longue avoir une influence néfaste sur le rein.

C'est ce que Vulpian écrivait en 1874 dans ses leçons sur la bile : « L'élimination des produits viciés provenant du fonctionnement incomplet et anormal des organes de l'économie, dit-il, a pour conséquence une irritation de la substance rénale et par suite une néphrite parenchymateuse. »

Cette auto-intoxication par les toxines se produisant dans le tube digestif, que le rein ne peut éliminer vu son mauvais fonctionnement, explique pourquoi c'est tout particulièrement chez des individus atteints de néphrite chronique que nous avons observé ces crises de tétanie.

Nous en rapportons cinq observations ; dans les quatre premières les malades étaient atteints de néphrite chronique, la cinquième est une femme atteinte seulement de troubles gastriques sans lésion rénale.

OBSERVATION I

(Personnelle)

Jouffr.... 67 ans. Tailleur. Tétanie. Néphrite chronique.

Pas d'antécédents personnels.

Alcoolisme. Le malade prenait 4 à 5 verres d'absinthe par jour et un litre de vin à chaque repas.

Il ressent depuis une dizaine d'années des crampes dans les membres inférieurs ; se lève plusieurs fois la nuit pour uriner et a eu la sensation de doigt mort.

Le 15 mars au matin il est reçu à l'infirmerie.

C'est la première fois qu'il est atteint de contractures semblables.

Les doigts de la main sont en flexion légère, réunis par

leurs extrémités ; le pouce est en adduction forcée. La main droite est plus fortement contracturée que la gauche.

Les pieds sont aussi en extension forcée et si on essaie de les fléchir, on provoque de vives douleurs.

Le malade a de la diarrhée depuis plusieurs jours ; depuis qu'il est dans la Maison, il a été sujet à de fréquentes crises diarrhéiques.

Rachialgie et œdème des membres inférieurs.

Estomac légèrement dilaté.

L'auscultation du cœur révèle un souffle d'insuffisance mitrale.

L'urine contient une notable quantité d'albumine. Température 37°6. Le malade est mis au régime lacté.

16 mars. — Même état des mains et des pieds.

17 mars. — Les mains et les pieds ont repris un peu de leur souplesse. Le malade peut à peine se servir de ses mains pour boire seul. Toujours autant d'albumine.

18 mars. — Plus de contractures, plus de crampes.

La quantité d'albumine a un peu diminué.

20 mars. — Il persiste toujours un peu d'albumine. Plus de contracture. Les mains et les pieds ont repris leur souplesse.

25 mars. — Le malade sort de l'infirmerie.

OBSERVATION II

(Personnelle)

Jol., 54 ans. Journalier. Tétanie. Néphrite chronique. Dilatation de l'estomac.

Est monté déjà 2 fois à l'infirmerie, il y a 2 mois et il y a 6

semaines pour des crises semblables à celles dont il est atteint aujourd'hui.

La première fois qu'il est monté à l'infirmerie, il n'avait que des traces d'albumine dans les urines, la seconde il y en avait en assez grande quantité.

Se lève depuis quelques semaines, 3 ou 4 fois pour uriner la nuit. Polyurie et pollakiurie.

Douleurs lombaires et céphalées fréquentes.

Le malade avoue avoir bu de nombreux petits verres d'eau-de-vie de marc et de multiples apéritifs.

Il est sujet aux vomissements, qui sont alimentaires, bien que survenant longtemps après le repas.

Il a été soigné plusieurs fois pour de l'entérite depuis qu'il est dans la Maison.

A la palpation et à la percussion on trouve un estomac dilaté ; on obtient facilement le bruit de clapotement.

Il est pris subitement le 10 avril à 3 heures de l'après-midi de contractures des 2 mains ; les extrémités des doigts sont réunies en fuseau et n'ont aucun mouvement spontané.

Les pieds ne sont le siège que d'une contracture peu prononcée, et l'on peut facilement, en prenant le pied, le ramener en flexion.

A l'auscultation, on entend un bruit de galop et des battements du cœur irréguliers.

Albumine en quantité notable. Le malade est mis au régime lacté avec chiendent lactosé.

Le lendemain 11 avril. — Les doigts sont moins fortement contracturés et le soir au moment de la contre visite ont repris leur souplesse.

12 avril. — Albumine en quantité toujours notable.

Plus de contractures, ni de crampes.

Le malade sort de l'infirmierie le 7 mai n'ayant plus d'albumine, avec un régime alimentaire normal. Il n'a plus ressenti de crampes, la tétanie n'a pas reparu.

OBSERVATION III

(Personnelle)

Michal... 52 ans, journalier.

Tétanie. Entérite. Myocardite. Néphrite chronique.

Pas d'antécédents personnels.

Le malade nie l'alcoolisme. A été peintre en bâtiments durant 3 mois, il y a plus de 20 ans, ce qui ne suffit pas pour admettre le saturnisme.

Souffre de troubles gastriques depuis longtemps, pesanteur à l'épigastre, digestions difficiles, crises de boulimie auxquelles succèdent de l'anorexie; étourdissements et vertiges fréquents; brouillards lui passant devant les yeux, obligé de s'appuyer contre un mur pour ne pas tomber.

Il raconte avoir été soigné il y a quelques années pour une maladie de cœur; il a eu de l'albumine dans l'urine à ce moment.

Le 10 juin. — A 7 heures du soir il est pris subitement de tétanie; les doigts sont raidis, la paume de la main creusée, c'est absolument la forme de la main de l'accoucheur qui pénètre dans le vagin.

Les doigts sont aussi le siège de vives crampes qui y sont localisées et ne s'étendent pas à l'avant-bras.

Les pieds ne sont le siège d'aucune contracture.

A l'auscultation du cœur on constate que les battements sont très faibles et le diagnostic de myocardite est porté.

La palpation du ventre est douloureuse ; le malade raconte qu'il a la diarrhée depuis plusieurs semaines ; il a été soigné à la consultation sans aucun résultat.

Albumine en quantité considérable dans l'urine.

Régime lacté et digitale.

La quantité d'urine n'est que de 500 gr. en 24 heures.

Le 12 juin. — La tétanie a disparu mais les crampes dans les mains ont persisté.

La quantité d'urine remonte à 1300 grammes.

Le malade sort de l'infirmérie le 7 juillet.

OBSERVATION IV

(Personnelle)

Faver..., 64 ans, marbrier. Tétanie, néphrite chronique. Entérite chronique.

A eu la fièvre typhoïde à 30 ans, et se souvient avoir eu de l'albumine dans ses urines à ce moment.

Alcoolisme peu accentué ; s'énivrait de temps en temps.

Depuis 4 ans qu'il est dans la Maison, il a eu la diarrhée presque constamment ; dès qu'il prend un peu de nourriture, le besoin d'aller à la selle se fait sentir.

Il a déjà eu 3 attaques de tétanie semblables à celle pour laquelle il vient aujourd'hui à l'infirmérie.

Entre à l'infirmérie le 11 septembre.

Les mains sont réunies en fuseau, fortement contracturées, les avant-bras sont aussi le siège de crampes.

Les pieds sont en extension et adduction forcée et impossibles à redresser ; le malade qu'on a été obligé de porter ne peut faire un mouvement dans son lit.

A l'auscultation du cœur on constate un bruit de galop.

Le malade présente de la dyspnée, s'expliquant par la congestion des deux bases qui sont le siège de petits râles fins.

Œdème et érythème des jambes.

Albumine, 1 gr. 50 par litre dosé à l'albuminimètre d'Esbach. Le malade est mis au régime lacté et au chiendent lactosé.

*Ventouses scarifiées aux bases et sèches sur le reste du dos.

La tétanie dure quatre jours. Le 15 septembre elle disparaît mais il reste une grande raideur dans les mains et les pieds encore pendant quelque temps.

Albumine 1 gr. par litre le 14 septembre.

Le malade est très amélioré par le régime, mais il reste des traces d'albumine et la diarrhée reparait jusqu'au 13 octobre date à laquelle le malade sort de l'Infirmierie sur sa demande.

OBSERVATION V

(Personnelle)

Rou. ..., Marie 56 ans. Domestique. Tétanie.

Entrée à l'Infirmierie le 12 février pour des contractures des mains et des pieds qui l'ont pris presque subitement.

Elle a eu la fièvre typhoïde à 15 ans.

Alcoolisme certain, elle était domestique dans un restaurant où elle buvait 3 litres de vin environ par jour.

Au mois de décembre elle a eu une crise de tétanie qui a duré deux jours.

Pour sa maladie actuelle, la contracture a débuté brusquement à 7 heures du matin et cesse à 5 heures du soir.

Les doigts sont en flexion légère réunis à leur extrémité

en forme de fuseau ; les pieds sont en extension et les orteils fléchis ; il faut exercer un effort considérable pour séparer un des doigts ; les articulations du poignet, du coude et du genou sont absolument libres.

Cette femme se plaint de douleurs au niveau de l'estomac, qui est légèrement dilaté.

Quelques vomissements bilieux, rarement de pituites, renvois acides : sensation de pesanteur après les repas et envies de dormir.

Elle ne va pas régulièrement à la selle, elle est sujette à des alternatives de diarrhée et de constipation.

Elle se plaint de palpitations ; l'auscultation ne révèle aucune lésion du cœur ; ce sont probablement des troubles cardiaques d'origine gastrique.

Pas de stigmates d'hystérie.

Pas d'albumine, ni de sucre dans les urines.

La malade est mise au régime lacté et aux antiseptiques intestinaux. Sort très améliorée le 20 février.

Appendicite. — Nous ne pouvons terminer l'histoire des affections du tube digestif, sans nous arrêter un instant sur la rareté de l'appendicite à l'infirmerie de la Maison de Nanterre.

La plupart des cas qui y furent traités se sont déclarés chez des habitants des environs, qui ont été admis d'urgence à l'infirmerie.

Cette rareté de l'appendicite que nous avons constatée pendant nos deux années d'internat était due pensons-nous à l'alimentation surtout végétarienne à laquelle sont soumis les hospitalisés. La récente communication du

Dr Lucas-Championnière est venue corroborer notre manière de voir : « Il est bien certain, dit-il, que dans les villes dans lesquelles nous observons cette extraordinaire multiplication de l'appendicite, l'alimentation s'est prodigieusement transformée. La consommation de la viande prend des proportions extraordinaires ».

De plus disons que l'usage des purgatifs : huile de ricin, eau de Janos est fort en honneur parmi la population qui vient fréquemment nous en demander.

On nous objectera que les phénomènes, que nous décrivons, diarrhées fréquentes, infection de l'intestin par le coli bacille et rareté de l'appendicite semblent être en contradiction, nous répondrons que la constipation qui favorise la coprostase et la formation des scybales est un facteur étiologique de l'appendicite plus fréquent que la diarrhée.

Il serait intéressant de rechercher à l'aide d'expériences, si au bout d'un temps plus ou moins long sous l'influence d'une alimentation uniquement végétarienne la forme macrocopiques et microscopique de l'appendice ne se transforme pas ; déjà Huschke, dit dans son *Traité de splachnologie* : « On dit qu'il est long chez les personnes qui vivent de végétaux et court chez celles qui préfèrent les aliments tirés du règne animal ».

MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE ET DES REINS.

Les maladies de l'appareil circulatoire sont fort nombreuses à Nanterre ; dans ce milieu d'individus, pour

la plupart atteints de misère physiologique le système circulatoire est bien souvent touché.

A l'Infirmerie, ce sont tantôt des cardiaques souffrant de troubles divers, mais compensant encore bien leur lésion, qui viennent réclamer des soins ; quelques jours de repos et de régime lacté suffisent à les remettre en bon état ; tantôt, ce sont des malades dont le cœur est atteint de myocardite chronique, qui sous la moindre influence deviennent asystoliques, avec stases viscérales, congestion du foie, des reins, du poulmon.

L'agitation, le délire souvent observés, montrent que le cerveau n'était pas à l'abri du contre-coup des désordres cardiaques, — cet état se terminait du reste le plus souvent par le coma et la mort.

Examinant systématiquement le cœur de tous les malades entrant dans le service, nous avons constaté très souvent le mauvais fonctionnement de la valvule mitrale et une irrégularité fréquente des battements du cœur ; l'aorte presque toujours dilatée et incrustée de plaques calcaires.

Comme étiologie, le rhumatisme n'entre que dans une faible proportion ; nous avons relevé un certain nombre de fièvres typhoïdes, syphilis, fièvres éruptives et fièvres paludéennes, mais la plus fréquente cause de sclérose résulte des intoxications auxquelles ont été soumis la plupart des hospitalisés et en premier lieu vient l'alcool ; peu d'entre eux nie les excès de boissons qu'ils ont fait autrefois, ces habitudes d'intempérance journalière qui se retrouvent si fréquemment, aussi bien dans la classe des ouvriers travaillant manuellement, que chez ceux dont la

position sociale est plus élevée. Le saturnisme, le surmenage, les privations et la misère peuvent aussi dans bien des cas expliquer ces processus si fréquents de dégénérescence et de sclérose.

Nous n'avons pu séparer les maladies du rein de celles de l'appareil circulatoire; tout ce que nous venons de dire comme étiologie de ces dernières est en tout point applicables à celles-là.

Le rein est en effet le filtre de tous les poisons de l'organisme et de leur passage résulte son altération; toute infection y laisse son empreinte.

L'albuminurie est des plus fréquentes parmi la population de Nanterre; il suffit de se reporter aux deux premiers tableaux; nous ne parlons pas des albuminuries fébriles accompagnant les maladies aiguës, les cachexies, la tuberculose, nous n'avons ici en vue que les néphrites chroniques, les brightiques en un mot.

Ce brightisme se manifeste sous ses formes les plus diverses, donne aux malades les sensations les plus variées, aussi avant d'instituer un traitement, faut-il toujours interroger l'urine.

Éliminons aussi l'albuminurie des cardiaques qui, persistant en dehors des crises d'asystolie, indique une lésion rénale venant compliquer l'affection cardiaque; souvent même cette albuminurie accompagnée d'oligurie est un symptôme précurseur de l'insuffisance cardiaque qui va se déclarer.

Étudions de quelle façon se manifeste le brightisme parmi la population hospitalisée; c'est tantôt à propos d'une céphalée persistante, de battements de cœur, de

crampes dans les jambes, de sensation des doigt ou de main-morte que l'on est amené à examiner l'urine; on est fort étonné de trouver de l'albumine en quantité notable chez des individus qui ont toute l'apparence de la santé; tantôt c'est à propos de pollakiurie et de polyurie (jusqu'à 4 l. 500 en 24 heures) premier symptôme de leur maladie, que les hospitalisés viennent se faire examiner à la consultation.

Les démangeaisons nous ont souvent mis sur la voie du diagnostic de mal de Bright, démangeaisons qu'aucun traitement local n'arrivait à calmer; enfin l'œdème des jambes, passager d'abord, puis persistant du soir au matin était souvent concomitant avec des troubles cardiaques.

Il est un autre mode de début des accidents que nous avons observé bien des fois étant de garde : c'est tout particulièrement le soir que les malades sont pris brusquement d'étouffements, anhéphants, assis sur leur lit, ne pouvant à peine faire un mouvement, s'aidant pour inspirer de tous leurs muscles thoraciques, le corps tout entier agité de tremblements, la peau froide et visqueuse, le visage livide, les membres cyanosés; la température s'abaisse au-dessous de la normale, le pouls est rapide (autour de 120) et filiforme; de nombreux râles sont perceptibles dans les deux poumons indiquant l'œdème du parenchyme pulmonaire : il n'est pas rare que ces crises soient accompagnées de diarrhée persistante. Au bout de quelques heures, la dyspnée cesse peu à peu et tout rentre dans l'ordre.

Quelques jours de repos au régime lacté changent

complètement l'aspect du malade. L'examen de l'urine révèle toujours une notable quantité d'albumine.

Nous pensons que l'alimentation n'est pas étrangère à l'explosion brusque de ces accidents ; les malades pris subitement étaient des hospitalisés des sections, souvent âgés, qui avaient absorbé le soir une assez grande quantité de légumes trop lourds pour des individus en état de brightisme latent ; d'autres, malades à l'Infirmierie, étaient repris d'une crise subite à la suite d'un écart de régime, soit qu'on leur eût permis trop tôt de reprendre leur régime alimentaire, soit que leur voisin leur ait donné une part du leur.

Un régime de quelque temps au lait et au repos suffit dans bien des cas à améliorer l'état de ces malades ; malheureusement, revenus dans les bâtiments ils sont de nouveaux soumis aux différentes influences, froid, nourriture, excès de boissons les jours de sortie, qui ne tardent pas à faire renaître chez eux les accidents causés par l'albumine.

Enfin, nous avons observé l'urémie sous toutes ses formes et la saignée rapide et abondante a toujours beaucoup soulagé nos malades. Le diagnostic entre les contractures urémiques et ces phénomènes de tétanie, décrits plus haut, que nous avons attribués à une auto-intoxication d'origine alimentaire, est assez délicat ; mais ces contractures ont présenté une similitude absolue, soit qu'elles aient atteint des individus, dont le rein était en parfait état et qui ne pouvaient être nullement soupçonnés de brightisme, soit qu'elles se soient produites chez de vieux albuminuriques n'ayant aucune tendance à deve-

nir urémiques ; nous concluerons que c'est l'infection du tube digestif qui est en cause ; mais que le mauvais fonctionnement du rein favorise tout particulièrement cette auto-intoxication.

A l'autopsie, nous avons trouvé, tantôt le gros rein blanc ; il correspondait aux cas où pendant la vie les œdèmes, l'anasarque, les épanchements séreux, la dyspnée et les vomissements avaient dominé la scène, enfin dans les cas où la néphrite avait affecté la forme subaiguë avec albumine abondante, urines rares et colorées ; tantôt le petit rein rouge, se décortiquant mal, présentant une substance corticale très réduite d'épaisseur, souvent farcie de kystes dans les cas de néphrite à évolution lente, dans les cas où nous avons relevé les petits signes du brightisme datant de longues années, avec polyurie, tension artérielle élevée et hypertrophie du cœur ; dans ce cas l'urine contenait peu d'albumine et la mort était souvent le résultat d'accidents urémiques.

Nous ne dirons rien des affections du système nerveux.

L'alcoolisme, la syphilis résument à peu près l'étiologie des affections nerveuses si différentes que nous avons observées ; l'hémorrhagie cérébrale et les paralysies prennent toutes les autres ; enfin nous avons observé de fréquents troubles de circulation se manifestant par des étourdissements et des syncopes, qui ont nécessité de nombreuses admissions à l'Infirmierie.

Disons encore que nous avons constaté bien des fois ce que l'on a décrit sous le nom de mélanodermie des

vagabonds ; c'est un épaississement, une induration, une pigmentation foncée des téguments, quelquefois même des ongles et des muqueuses. Liée peut être à la phtiriasse, produisant une irritation de la peau qui est fréquente chez les malheureux, elle tient probablement aussi à la cachexie consécutive à la misère.

MALADIES INFECTIEUSES.

La fièvre typhoïde a diminué depuis plusieurs années, ce qui tient à la meilleure qualité de l'eau, qui depuis l'année 1892 est distribuée après avoir été bouillie.

Les cas de dothiéntérie que nous avons eu à soigner venaient presque tous du quartier cellulaire ; il est difficile en effet d'empêcher les internées de boire l'eau distribuée par les robinets des lavabos, c'est de l'eau de Seine simplement filtrée.

Du reste, malgré la défense formelle qui en est faite, nous avons vu plus d'une fois les hospitalisés boire aux fontaines des cours et aux lavabos.

Ces fièvres typhoïdes ont été soignées par les bains et les antiseptiques intestinaux, mais développées sur un terrain affaibli, plusieurs d'entre elles se sont terminées par la mort.

Pendant les premiers mois de l'année 1901 il se produisit un assez grand nombre d'entérites cholériformes et de fièvres typhoïdes. M. le Dr Thoinot fut chargé de faire une enquête pour essayer de découvrir la source de contamination.

Ses investigations se portèrent sur l'eau. Il apprit que l'ouvrier chargé de l'entretien du filtre de silex et de fentre, sur lequel passe l'eau après son ébullition, se servait pour ce nettoyage, d'eau de Seine non bouillie et infectait ainsi l'eau destinée aux hospitalisés. Ce qui démontre bien que c'est là qu'était la source d'infection, c'est la recrudescence d'entérites constatée pendant les jours suivant chaque nettoyage du filtre. On se sert maintenant d'eau bouillie et aucun cas d'entérite cholériforme n'a plus été observé depuis.

La grippe fait chaque année son apparition sous forme d'une véritable épidémie ; grippe prenant les allures les plus diverses : pulmonaire, cardiaque, nerveuse et enfin intestinale ; c'est cette dernière qui nous a paru la plus tenace ; la langue est restée souvent saburrale, la température élevée, malgré les purgatifs et les antiseptiques intestinaux administrés aux malades.

Nous ne parlerons pas de l'épidémie de choléra de 1892, elle a été fort bien décrite dans la thèse d'un de nos prédécesseurs, le Dr Noël.

La variole a fait son apparition dans la maison au mois de décembre 1900. Nous en avons eu 5 cas : 4 hommes et une femme.

Nous avons recherché de quelle façon avait pu se faire la contagion ; nous allons relater ces cinq observations et nous ferons ensuite quelques réflexions sur les hypothèses qu'elles nous ont suggéré.

OBSERVATION I

(Personnelle)

J... M..., 59 ans. Employé.

Atelier des chiffons. Salle 21. Lit 67.

Cet homme était entré à la maison le 27 décembre 1897 ; il n'était pas allé en permission depuis le mois de septembre.

Il entre à l'Infirmierie le 1^{er} octobre 1900 avec le diagnostic grippe. (Service du D^r Laugier).

Son éruption ne se déclara que le 16 décembre ; le 18 il fut envoyé à Aubervilliers où il mourut de variole hémorrhagique dans la nuit du 18 au 19.

Ce malade n'avait pas été vacciné.

OBSERVATION II

(Personnelle)

E... C..., 18 ans. Etameur.

Atelier de Papeterie. 2^e section. Salle 18.

Entré à la maison le 8 décembre 1900.

Il est admis à l'Infirmierie le 18 et en ressort le 24 avec le diagnostic grippe.

Le 4 janvier, il va au conseil de révision à Paris et couche la nuit du 4 au 5 janvier dans un asile de nuit à Grenelle.

Revenu le 5 janvier à la maison, il est admis le jour même à l'Infirmierie (Service du D^r Laugier).

Le 5, éruption au début. Température 40°.

6 janvier. — Hémoptysie et épistaxis.

7 janvier. — Eruption plus nette : température 39°8.

8 janvier. — On constate quelques pustules ombiliquées. Le malade fut envoyé à Aubervilliers, où il mourut le 11 jan-

vier après avoir eu une série d'attaques d'épilepsie très violentes.

Ce malade avait été vacciné sans succès le 31 décembre 1900 et avait été au bain le 10 du même mois.

OBSERVATION III

(Personnelle)

M... H..., 32 ans. Cuisinier.

Atelier des plumes. 2^e section.

Après avoir passé une partie de l'année à la Conciergerie et à la prison des Fresnes, il est remis en liberté le 9 novembre. Il couche successivement à Charonne, au Château des Rentiers, à Aubervilliers et les nuits du 13 et 14 novembre au dépôt.

Il entre à la maison le 15 novembre.

Le 20 novembre. — Admis à l'Infirmierie, (service du D^r Sapelier), pour une crise d'épilepsie ; il y reste deux jours.

Il retourne à l'atelier des plumes où il reste 3 jours, et remonte à l'Infirmierie le 24 novembre, (service du D^r Laugier), il se plaint de frissons et de douleurs de rein, vomissements. Albumine légère.

Le 25 novembre. — Fièvre 40°, légère éruption qui augmente le lendemain et les jours suivants.

28 novembre. — Vésicules ombiliquées.

Le 30 novembre. — Il est envoyé à Aubervilliers.

Il y est soigné par le régime lacté, la quinine et des bains de sublimé.

Revient à Nanterre le 4 janvier avec des marques pigmentées de ses boutons.

Ce malade n'avait pas été revacciné depuis son enfance.

OBSERVATION IV

(Personnelle)

M... Alfred, 49 ans. Interprète, 1^{re} section. Salle 12, lit 81.

Interné à la Prison de la Santé, du 6 au 21 novembre ; à Fresnes du 21 novembre au 5 décembre.

Couche au Dépôt pendant la nuit des 5 et 6 décembre.

Arrivé à la Maison le 7 décembre ; placé à la salle 11, lit 81 ; autour de lui, dans les lits les plus proches sont couchés 16 Italiens et Autrichiens qui étaient dans un état de saleté repoussante en arrivant et qui ne restent que 5 jours à la Maison.

Il a été vacciné, dit-il, il y a 18 mois sans succès et n'a pas été revacciné à Nanterre.

Entré à l'infirmerie du deuxième étage du 10 au 14 décembre 1900 avec le diagnostic : entérite ; il revient une seconde fois à l'infirmerie au premier étage. (Service du D^r Laugier).

Le 25 décembre. — Il a encore la diarrhée et l'on constate des plaques de psoriasis du genou et du coude pour lesquelles il a déjà été traité à Saint-Louis ; il prend un bain alcalin le 28 et le 29. Le 30 sa diarrhée a cessé il ressort de l'infirmerie.

31 décembre. — Le malade nous dit qu'il s'est senti mal à l'aise ce jour là mais qu'il ne vient pas à la consultation.

1^{er} janvier. — Céphalée. Même état de malaise.

2 janvier. — Il se présente à la consultation, on lui donne quelques jours de repos.

3 janvier. — Se sentant plus mal, il revient à la consulta-

tion ; on le reçoit à l'infirmerie dans le service du D^r Laugier.

Température 38°. Léger exanthème, pas d'albumine ; rachialgie.

4 janvier. — Température 38°,9. Eruption sur tout le corps sauf sur les mains ; quelques pustules sur les pieds, très rapprochées sur la face et le tronc, où on constate un certain nombre de vésicules ombiliquées.

5 janvier. — Le malade est envoyé à l'hôpital d'Aubervilliers.

OBSERVATION V

(Personnelle)

V..., Julie, 61 ans, sans profession, 3^e Section.

A été vaccinée en novembre 1892. sans succès.

Est rentrée de nouveau à la maison le 7 août 1899 et n'a pas été revaccinée.

Entrée à l'infirmerie du premier étage (service du D^r Laugier) du 10 avril au 10 juillet pour des douleurs rhumatismales.

Elle revient une deuxième fois dans ce service le 7 octobre 1900, pour ces mêmes douleurs. Elle prend quatre bains sulfureux les 20, 22, 26 et 29 décembre.

Le 30 décembre. — Elle se sent plus malade, vomissements bilieux, douleurs de reins, albumine abondante.

Température 39°.

31 décembre. — Même état. Température 40°.

1^{er} janvier. — Température 40°. Pas d'éruption.

2 janvier. — Température 39°,6. Pas d'éruption.

Céphalalgie intense.

3 janvier. — Température 39°,7, légère éruption sur tout le corps.

4 janvier. — Eruption confluyente sur tout le corps avec nombreuses pustules ombiliquées.

La malade part le 5 janvier pour l'hôpital d'Aubervilliers.

Cette femme revient guérie le 10 février.

Nous avons cherché comment avait pu se faire la contagion et comment le germe s'était transmis car il est difficilement admissible que ces 5 cas aient été apportés isolément.

Dans l'Observation I le malade était depuis plus de deux mois à l'Infirmierie, on ne peut donc expliquer la contagion que par les visiteurs du dimanche ; du reste il n'avait pas été vacciné depuis son enfance.

On peut supposer que le malade de l'Observation II a pu être contagionné au moment de son premier séjour à l'Infirmierie à la date du 18 décembre, date qui concorde avec le départ du malade de l'Observation I pour Aubervilliers, au moment où il était en pleine éruption ; il avait été revacciné sans succès.

Le malade de l'Observation III a dû prendre le germe de la variole dans un des nombreux endroits où il a couché ; la variole s'étant déclarée chez lui le 24 novembre, il est probable que le 15 novembre date de son entrée dans la Maison il était déjà en incubation.

Il ne nous a pas été possible d'expliquer la contamination du malade de l'Observation IV. Il est arrivé à la maison le 7 décembre et il n'est entré, à l'Infirmierie que le 3 janvier. Il a bien été en contact au moment de son arri-

vée avec des étrangers qui couchaient à côté de lui, mais l'incubation datant de cette époque serait trop longue ; la première fois qu'il est monté à l'Infirmerie il a été au deuxième étage où aucun cas de variole n'a été constaté ; peut-être ce malade a-t-il eu quelque communication avec des malades du premier étage au moment de son séjour ou alors il faudrait admettre que c'est encore par les visiteurs que la variole fut importée, car tous ces individus ne sortaient pas de la maison.

Enfin nous pensons que c'est aussi par des étrangers à la Maison qu'a été apportée la variole à la malade de l'Observation V ; cette femme était depuis le 7 octobre à l'Infirmerie, ne quittant ni sa salle, ni son lit et ne recevant aucune visite du dehors.

Signalons enfin comme lieu de contagion possible le bâtiment des bains ; c'est là que les arrivants sont habillés et nettoyés. La malade de l'observation V fut 4 fois au bain les 20, 22, 26 et 29 décembre ; celui de l'observation IV y alla aussi les 28 et 29 décembre ; peut-être ont-ils été en contact avec les habits d'arrivants portant des germes de variole et n'étant pas eux-mêmes en état de réceptivité.

En résumé sur ces 5 malades, 2 n'avaient pas été revaccinés depuis leur enfance (Observations I et III) un autre ne l'avait pas été depuis 1892 (Observation V), un l'avait été sans succès il y a 18 mois (Observation IV) et le troisième était en incubation au moment de sa revaccination (Observation II).

Grâce à leur transport immédiat à Aubervilliers dès que le diagnostic était certain, à des mesures de désin-

fection rapides bien qu'incomplètes on a pu circonscrire l'épidémie ; on a procédé à la revaccination de tous les hospitalisés et du personnel de la maison et un service de vaccination quotidien de tous les arrivants a été installé.

De plus nous croyons utile, en temps d'épidémie, de restreindre autant que possible, à la fois les sorties des hospitalisés et les permissions de visite des parents, qui non seulement peuvent apporter des germes infectieux mais devenir eux-mêmes de instruments de propagation de la maladie.

Il nous a paru intéressant de rapporter une observation très nette de contagion de la rougeole par lettre ; les cas analogues sont assez rares pour que celui-ci mérite d'être signalé.

Nous pensons qu'il ne peut pas y avoir de doute, car la détenue dont il est question n'avait de contact avec personne autre que les surveillantes du quartier cellulaire ; nous avons fait une sérieuse enquête et nous avons trouvé qu'aucune d'elles n'était en rapport avec des rougeoleux ; il n'y en avait aucun cas à ce moment-là à la salle de la Crèche.

Voici cette observation :

ROUGEOLE

(Observation personnelle).

B.... Claire, 38 ans, sans profession.

Cette femme était entrée au quartier cellulaire le 18 novembre 1900.

Bien portante pendant tout le temps de sa détention : elle n'a reçu aucune visite, n'a de communication avec personne autre que les surveillantes.

Le 30 janvier 1901. — Elle reçoit une lettre de sa sœur, lui annonçant que ses deux enfants sont atteints de la rougeole depuis quelques jours.

6 février. — Cette femme se plaint d'un léger malaise, céphalée, vomissements.

7 février. — Même état, légère angine, larmolement et coryza ; les muqueuses oculaires et nasales sont vivement congestionnées ; un peu de prurit de la lèvre supérieure, et légère photophobie. Température 39°.

8 février. — Il a apparu pendant la nuit une éruption qui a envahi la face, le front, les joues, les oreilles et tout le pourtour des cheveux.

Ce sont de petites papules veloutées, très rapprochées les unes des autres et qui sont la caractéristique de l'éruption de la rougeole.

Fièvre 40°. Pas d'albumine dans l'urine.

La malade qui a de l'anorexie est mise au régime lacté.

9 février. — Température 39°. L'éruption a un peu pâli sur la face mais elle a envahi le dos et les cuisses, la malade se sent mieux.

10 février. — L'éruption a disparu presque entièrement la température est redescendue à 37°,8.

La malade va tous les jours de mieux en mieux et sort complètement guérie le 21 février 1901.

ENFANTS

La Crèche a fourni chaque année un assez nombreux contingent de bronchites, broncho-pneumonies et gastro-entérites.

On peut dire qu'elles y règnent à l'état endémique.

Pendant les années 1890-91-92-93, la rougeole a éclaté sous forme d'épidémie très meurtrière; enfin en 1899 nous avons assisté à une nouvelle épidémie; sur les 33 enfants atteints, il n'en reste actuellement que 9 en vie; 11 sont morts de leur maladie avec complications pulmonaires, les autres ont succombé à la tuberculose qui s'est déclarée plus ou moins longtemps après la rougeole; cette mortalité considérable est venue une fois de plus montrer l'insuffisance de l'organisation de la crèche.

L'impossibilité d'isoler les enfants atteints, de ceux qui étaient indemnes, l'insuffisance des auxiliaires, a amené la contamination de presque tous ceux qui étaient à la Crèche à cette époque.

Les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent les enfants ont aggravé bien souvent l'état des coquelucheux, qui ayant de petits voisins atteints de broncho-pneumonie ou à l'Infirmerie des adultes atteints de tuberculose, ont eux-mêmes contracté ces maladies étant à ce moment dans un état de réceptivité tout particulier.

La diphtérie a aussi fait son apparition parmi les enfants de la crèche et du personnel, heureusement que l'on a pu, vu leur petit nombre, isoler assez rapidement

les uns, envoyer à Paris les autres dans des Hôpitaux spéciaux et nous n'avons eu à déplorer aucun cas de mort par cette maladie.

Il a enfin sévi à la fin de l'année dernière une épidémie de grippe chez les nourrices de la crèche. Cette grippe bénigne pour les mères s'est transmise à leurs nourrissons et a produit une épidémie de bronchites et de broncho-pneumonies grippales, fait assez rare, chez des enfants au-dessous de 3 ans.

Notre collègue et ami le Dr Thiollier, interne du Docteur Sapelier, a bien voulu nous communiquer ses observations, nous relaterons 3 des plus intéressantes :

OBSERVATION I

(Thiollier).

Broncho-pneumonie grippale. Mort.

H..., Louise (mère). Assez bonne santé habituelle.

Le 27 octobre 1900. — Se plaint de malaise, courbatures, céphalée, douleurs dans les membres, frissons ; la nuit, léger mouvement fébrile, et mal de gorge.

Le lendemain, on constate de l'érythème pharyngé, du larmolement, et on porte le diagnostic de grippe.

Forcée de se surmener pour soigner son enfant, elle fut assez longue à se rétablir, et ne put quitter l'infirmerie que le 4 décembre.

En somme, la grippe dont fut atteinte cette nourrice, 3 ou 4 jours après son enfant, fut très bénigne.

H..., Jules, 15 mois 1/2 (enfant). Nourri moitié au sein, moitié au biberon, il a été soigné une première fois dans le

service, il y a 1 an pour une bronchite légère. Plus tard, il fut soigné à la crèche de Laënnec pour une bronchite aiguë. Depuis son retour à la maison, l'enfant est malade, amaigri, s'alimente peu. Alternatives de diarrhée et de constipation, foie volumineux. Il est généralement triste.

Le 15 octobre. — La mère le présente à la consultation : on constate quelques râles de bronchite.

Traitement. — Cataplasmes sinapisés et sirop iodotannique.

Le 30 octobre. — Son état s'est aggravé ; il tousse beaucoup, a une température de 39°, et de la dyspnée.

L'enfant entre à l'infirmerie avec sa mère. Là, nous constatons ce qui suit : enfant amaigri, pâle, toux sèche, fréquente, dyspnée intense (60 respirations par minute), les ailes du nez battent à chaque mouvement respiratoire.

On constate des râles de bronchite disséminés dans toute la poitrine. Au niveau des bases, ces râles sont plus fins et plus secs. A la base droite, on note du souffle et de la submatité. La température s'élève à 40° le soir pour redescendre à 39° le matin.

Traitement. — Acétate d'ammoniaque . . . 1 gramme
— Rhum. 10 —
— Julep au sirop de Tolu . . . 125 —

On donne de plus trois bains sinapisés chauds à l'enfant, et dans l'intervalle, on lui met des cataplasmes sinapisés. Le soir, un suppositoire de 0 gr. 25 de sulfate de quinine.

En toussant, l'enfant expectore une sérosité muco-purulente qui estensemencée sur sérum, gélose simple et gélose au sang.

Le lendemain, présence de nombreux streptocoques et pneumocoques.

Les jours suivants, l'état s'aggrave, la dyspnée est extrême : 65 respirations par minute. Quelques convulsions dans la nuit du 2 au 3 novembre. La fièvre persiste très élevée : 40°3. Le cœur présente le rythme fœtal et bat de 150 à 170 à la minute.

Le facies est livide, les extrémités refroidies ; la poitrine est remplie de râles fins à timbre sec, à la base droite, il persiste toujours du souffle et de la submatité.

Nous pratiquons chaque jour une injection d'huile camphrée à 1 pour 10 et une injection de 60 grammes de sérum artificiel à 7 pour 1000. Contre l'agitation, les bains froids de 28 à 30° ont une action favorable, qui permet au petit malade de reposer quelque temps en en sortant.

Malgré tout, l'asphyxie continue ses progrès, et il meurt le 5 novembre.

Sur notre demande, la mère veut bien nous autoriser à faire l'autopsie.

Nous trouvons, à l'ouverture de la cavité thoracique, de l'emphysème des bords des deux poumons, quelques adhérences pleurales des deux côtés. A la coupe du poumon, on note de la congestion aux deux bases ; en pressant sur le tissu pulmonaire, on voit à sa surface perler des gouttelettes purulentes sortant de la section des bronches. Ces gouttelettes sont surtout abondantes à la base droite.

La section des bronches montre leur muqueuse rouge et tuméfiée.

De plus, on note au niveau du hile et des premières bronches une augmentation considérable de volume des ganglions,

variant de celui d'un pois à celui d'une noisette. A la coupe, on voit que les plus volumineux sont entièrement formés de matière caséuse; d'autres ont l'aspect purement inflammatoire; d'autres enfin, sont caséux au centre, inflammatoires à la périphérie. Le foie est gros et congestionné : 430 gr.

En somme, la broncho-pneumonie avait évolué dans ce cas sur un terrain tuberculeux de vieille date, et, bien que l'on ne trouve pas de généralisation de tuberculose, celle-ci a fourni à la maladie un élément de gravité de plus.

Des cultures sont faites avec le sang du cœur prélevé aseptiquement après cautérisation de sa surface, et avec l'exsudat bronchique : les premiers donnent du streptocoque pur, les seconds du streptocoque et du pneumocoque.

Plusieurs préparations d'un fragment de poumon fixé au sublimé, durci à l'alcool et monté à la paraffine, sont colorées, les unes à l'hématéine, les autres au Ziehl et au picroindigo-carmin : on y voit du streptocoque et du pneumocoque, mais pas de bacilles de Koch, ni de Pfeiffer.

Le processus tuberculeux semble donc être resté localisé aux ganglions trachéo-bronchiques, qui auraient été son siège primitif, à l'encontre de la loi de Parrot.

D'autre part, le bacille de Pfeiffer, dont la présence avait été reconnue dans les mucosités bronchiques pendant la vie, avait disparu après la mort.

OBSERVATION II

(Thiollier)

Broncho-pneumonie grippale.

F..., (mère). Pendant son séjour à l'infirmerie, cette femme présente de la grippe avec courbatures, douleurs

dans les membres, rougeur de la gorge, et larmolement.
Cette grippe ne présente du reste, aucune gravité.

F..., Hippolyte, 8 mois 1/2.

A toujours eu une bonne santé antérieure, a été nourri au sein.

Depuis le 26 octobre, il est soigné pour une bronchite, se manifestant par de la toux et de la fièvre. Le 30 octobre, son état s'aggrave, et on le fait passer à l'Infirmierie avec sa mère.

A l'examen, on constate de la bronchite généralisée, avec prédominance à la base gauche, où l'on trouve de la submatité.

On donne le soir même un bain sinapisé, qui produit de la défervescence pendant la nuit; de 38°,5, la température retombe à 37°.

Le surlendemain, il se produit de nouveau de la fièvre, avec agitation, dyspnée, toux, et le 2 au soir, la température s'élève à 40°.

On constate de la matité de la base droite, avec diminution du murmure vésiculaire, et augmentation des vibrations thoraciques.

Le 6 novembre. — A cette même base, on entend un souffle énorme, à timbre caverneux, de la matité; la transmission des cris et des vibrations est très exagérée.

La dyspnée est intense, la toux fréquente et sèche, l'expectoration filante.

11 novembre. — Persistance du souffle et matité absolue, qui s'est étendue : elle occupe la base droite, et s'étend en avant jusque sous la clavicule. La sonorité persiste au som-

met droit en arrière, et près de la colonne vertébrale. Les vibrations sont affaiblies au palper.

Le foie déborde de trois travers de doigt les fausses côtes, il est peut-être abaissé.

Le facies est pâle, la figure bouffie ; les battements des ailes du nez traduisent la dyspnée : 50 respirations par minute. Si ce n'était la persistance des vibrations thoraciques on penserait à un épanchement pleural.

Les jours suivants, légère accalmie, cessation de la fièvre

Après s'être assuré qu'il n'y a pas d'albumine dans l'urine on applique un vésicatoire liquide Bidet qui n'amène pas d'amélioration.

Les deux jours suivants, urines rares, rouges, et cinq jours après, la fièvre recommence : 39°,4, les 22, 23 et 24 novembre

Néanmoins, tout rentre à peu près dans l'ordre.

30 novembre. — La matité a diminué ; on entend à la base le murmure vésiculaire ; la dyspnée a disparu.

2 décembre. — L'enfant est pris de syncope dans le bain chaud ; il est retiré aussitôt, et revient à lui.

3 décembre. — La dyspnée recommence, la nuit est mauvaise. Température : 40°.

Pluie de râles fins du côté droit.

15 décembre. — Grande amélioration : l'enfant tousse peu s'alimente bien, il n'est plus gêné pour respirer. Il persiste de la submatité à la base droite avec quelques râles sous-crépitants.

30 décembre. — L'enfant est complètement guéri.

OBSERVATION III

Broncho-pneumonie grippale. Mort.

(Thiollier)

D..., Gabriel, 7 mois 1/2. Enfant nourri au sein, bonne santé antérieure.

Il monte à l'infirmierie le 1^{er} novembre. A du coryza et éternue depuis deux ou trois jours. Dans la nuit, accès de suffocation, grande dyspnée, tirage, toux rauque, non voilée, conservation de la voix : il s'agissait de laryngite striduleuse.

On administre un vomitif, on fait de la révulsion au devant du cou. Le matin, disparition du tirage, mais la dyspnée persiste. Battements des ailes du nez, facies pâle, bouffi, avec cyanose des lèvres.

A l'examen, la gorge est rouge, mais ne présente pas d'exsudat. Coryza non purulent.

Dans la poitrine, râles fins disséminés des deux côtés, avec prédominance aux bases. Respiration : 60, Température : 40°.

La cultureensemencée la veille donne du staphylocoque et du streptocoque.

Traitement ordinaire, avec bains et cataplasmes sinapisés, suppositoires, potion d'acétate d'ammoniaque.

Le lendemain, l'enfant passe une mauvaise nuit : la toux est incessante; il est très affaibli et reste couché sur le dos, asphyxiant. On lui fait respirer de l'oxygène; injections d'éther, d'huile camphrée et de 50 grammes de sérum.

3 novembre. — On constate à la base droite, du souffle

avec submatité. Expectoration : à l'examen des crachats, on trouve du bacille de Pfeiffer, du streptocoque, et quelques pneumocoques.

L'enfant continue à s'affaiblir ; il ne s'alimente pas, et meurt en hyperthermie le 7 novembre.

Autopsie. — Hépatisation des lobes inférieurs des 2 poumons. Par pression, on fait sourdre des bronchioles un liquide purulent blanc jaunâtre. Emphysème des lames pulmonaires antérieures et des bords. Les ganglions du hile sont hypertrophiés. Hyperhémie de la trachée et du larynx.

Cultures : sur bouillon glyceriné, on obtient avec le pus des bronchioles, au bout de 40 heures, du bacille tétragène, du pneumocoque et du streptocoque. Le sang de l'oreillette droite donne du streptocoque. Sur gélose au sang, le pus donne du streptocoque et du bacille de Pfeiffer.

Dans ces 3 observations nous voyons la grippe déterminer des broncho-pneumonies qui ont été mortelles chez deux enfants, l'un de 15 et l'autre de 7 mois.

Chez le premier, la grippe est venue activer l'évolution d'une tuberculose latente jusqu'à ce moment, car depuis sa naissance, l'enfant avait toujours été maladif : les cultures ont donné dans les 2 cas du bacille de Pfeiffer.

En dépouillant les diverses observations nous trouvons 2 gripes à forme gastro-intestinale chez des enfants de 7 et de 5 mois ; ce dernier mourut au bout de 15 jours.

Nous relevons 5 cas de bronchite grippale chez des enfants âgés de 14, 12, 11, 10 et 7 mois parmi les-

quels nous trouvons 3 fois du bacille de Pfeiffer et chez l'un d'entre eux une otite suppurée.

Deux broncho-pneumonies grippales chez des enfants de 6 mois et de 3 ans, la première compliquée d'une otite purulente à streptocoque ; dans ces 2 cas, les cultures ont montré du bacille de Pfeiffer.

Enfin chez des enfants de 12, 18, 8, 6 et 5 mois, nous avons assisté à l'évolution de grippe affectant la forme du coryza avec trachéo-bronchite, qui se sont toutes terminées par la guérison ; chez un de ces petits malades âgé de 5 mois, il s'est développé un érysipèle et 2 abcès, dus probablement à la virulence plus grande du streptocoque.

Alcoolisme. — A Nanterre comme partout l'alcoolisme fait ses ravages. On rencontre en effet dans cette maison nombre de jeunes hommes capables de travailler, mais chez qui cette habitude déplorable a engendré une paresse habituelle. Ce n'est pas là une affirmation sans preuves, car ces individus, remis au contact de la vie, ne sont plus capables d'en assumer les charges ; souvent il nous a été donné de voir ramener à la Maison ces buveurs incorrigibles.

La maladie d'ailleurs prouve éloquemment que l'alcool n'est pas étranger à ses méfaits ; combien de malades avons nous vu dont le mal était aggravé dans de notables proportions par l'intoxication alcoolique.

Beaucoup de tuberculoses ne sont développées ou ont eu une marche plus rapide par le fait de l'imprégnation alcoolique de l'individu.

Deux jours de sortie, comme nous l'avons dit, sont

attribués par semaine aux hospitalisés des 3^e et 4^e sections ; beaucoup en profitent pour rattraper le temps perdu et se dédommager de l'abstinence forcée à laquelle ils sont soumis dans la Maison.

C'est dire combien l'habitude d'intempérance est enracinée chez eux et quelles chances de succès elle offre à être combattue.

Combien sont nombreux ceux qui sous l'influence de l'alcool ont commis des délits entraînant pour eux la prison.

Mortalité. — Nous avons recherché à quel âge se produit le plus grand nombre de décès ; notre statistique a porté sur 1383 décès et voici le résultat auquel nous sommes arrivés :

Ages.	Hommes.	Femmes.
0 à 10 ans	31	32
10 à 20 ans	3	2
20 à 30 ans	17	16
30 à 40 ans	41	12
40 à 50 ans	72	19
50 à 60 ans	150	55
60 à 70 ans	323	162
70 à 80 ans	216	163
80 à 90 ans	29	38
90 et au-dessus	1	1

Il résulte de cette statistique, que chez les hommes, le plus grand nombre de décès se produit entre 60 et 70 ans, époque prématurée puisque l'âge moyen de la mort est ordinairement compris entre 70 et 75 ans : chez les fem-

mes entre 50 et 80 ans les décès se produisent à peu près avec la même fréquence. Il faut ajouter que le nombre des hospitalisés résidant à la Maison n'est pas le même pour tous les âges ; voici comme terme de comparaison les admissions prononcées pour les hommes dans le cours d'une année :

De 15 à 20 ans	900 admissions
20 à 40 ans	1500 —
40 à 60 ans	1650 —
Au-dessus de 60 ans	1250 —

Nous avons ensuite recherché le pourcentage de la mortalité à l'Infirmerie ; nous avons trouvé 16 0/0 pour les hommes et 18 0/0 pour les femmes.

Nous n'avons pu savoir exactement la mortalité des enfants, admis à l'Infirmerie, pendant la période de 10 années dont nous occupons ; celle de ces dernières années 1899 et 1900, s'élève à 30 0/0. Sur le nombre total de passages d'enfants à la crèche (en comptant ceux qui ont été envoyés à l'Infirmerie), nous arrivons au chiffre de 12 0/0.

Le mouvement total d'une année étant d'environ 6800 entrées et le nombre de décès de 800, nous trouvons que la mortalité générale de la maison est de 11,75 0/0, les chiffres de 16 0/0 et 18 0/0 (mortalité de l'Infirmerie) ne semblent pas très élevés en comparaison de ce dernier chiffre 11,75 (mortalité de la maison tout entière) en voici l'explication : le même malade peut entrer plusieurs fois à l'Infirmerie dans le courant d'une année et chaque fois compte comme un nouvel arrivant, ce qui fait qu'un

décès peut s'appliquer au même individu, inscrit comme plusieurs entrants ; c'est un des motifs pour lesquels la mortalité de l'Infirmerie n'est pas plus élevée par rapport à celle de la Maison tout entière.

Professions. — Nous devons ajouter aux indications précédentes quelques renseignements sur les diverses professions de nos malades. Bien diverses en effet ces professions depuis celles qui exigent de la part de l'homme un minimum d'intelligence (homme de peine, frotteur) jusqu'à celles qui réclament de lui une sorte de spécialité professionnelle et du travail artistique (horloger, vannier, chanteur, tourneur, électricien). Cette différence de niveau intellectuel fait soupçonner chez certains individus un déclassement social, dont il faut attribuer l'origine aux intempérances et vices de tous genres. Nous avons vu dans les différentes sections des clercs de notaire, avoués, anciens notaires, anciens officiers.

Le jour où nous avons quitté la Maison il n'y avait pas moins de 30 bacheliers parmi les hospitalisés.

CONCLUSIONS

L'hygiène à la Maison de Nanterre est à peu près satisfaisante ; cependant bien des progrès sont encore à réaliser.

Il serait à souhaiter qu'il n'y ait aucun lit supplémentaire ni dans les dortoirs des bâtiments, ni à l'Infirmierie, afin que chaque hospitalisé jouisse du cubage d'air indiqué par les hygiénistes.

Les ateliers auraient besoin d'être mieux ventilés et mieux aérés surtout ceux des chiffons et des sacs, qui dégagent beaucoup de poussière.

L'industrie du découpage des chiffons demanderait à être plus surveillée ; il faudrait exiger la désinfection des ballots pour mettre à l'abri des maladies contagieuses, une population aussi agglomérée et chez laquelle le terrain est si favorable au développement de toutes les infections.

La nourriture dans les différentes sections, (sauf la 4^e, celle des vieillards) est à peine suffisante pour des individus dont on réclame un travail manuel et des corvées ; de plus les cuisines étant trop éloignées, de l'Infirmierie surtout, et des bâtiments, la nourriture arrive presque toujours froide.

Il faudrait pouvoir donner le régime lacté à tout vieillard de la 4^e section, sans le changer ni de salle, ni de lit.

Il serait désirable qu'un service d'urinaires fut créé pour les vieillards de la 4^e section.

Le chauffage et la ventilation (sauf celle des ateliers) ne laissent rien à désirer.

A l'Infirmerie, il y aurait lieu de substituer au balayage à sec, produisant une poussière des plus insalubres, le lavage du parquet et des nombreuses boiseries, avec des linges imbibés d'eau tenant en dissolution une matière antiseptique.

La désinfection des crachats des tuberculeux est absolument nécessaire, du reste un projet est à l'étude en ce moment ; dans l'état actuel, ils sont vidés dans les cabinets, envoyés avec les matières fécales, dans le champ d'épandage de la Maison et peuvent ainsi être un danger de contagion.

Il faudrait mettre des crachoirs dans les couloirs, les ateliers et l'Infirmerie ; munir de crachoirs individuels tous les tuberculeux travaillant dans les ateliers.

Enfin on ne luttera efficacement contre la phthisie qu'en isolant les tuberculeux aussi bien les valides que les malades. On devrait leur construire une sorte de sanatorium dans l'enceinte de la Maison, où on leur ferait suivre un traitement, dont la base serait l'air et la suralimentation.

Les enfants qui forment la population si intéressante de la Crèche, doivent être l'objet de soins spéciaux ; nous voudrions voir construire un pavillon dont une partie

servirait d'isolement pour les arrivants, l'autre composée de salles séparées pour les enfants atteints de maladies contagieuses. Les différentes épidémies qui ont régné jusqu'ici démontrent par leur grande mortalité l'utilité de cette réforme.

Le service d'accouchement, qui ne se compose en ce moment que d'une chambre, nécessiterait un local plus vaste, afin de ne pas mettre les nouvelles accouchées dans la salle commune de chirurgie, ce qui offre les plus grands dangers d'infection.

De toutes les affections observées à l'Infirmierie de Nanterre, les maladies du tube digestif priment toutes les autres par leur fréquence et donnent lieu à des crises de tétanie, phénomène assez rare pour qu'il ait été intéressant de le signaler particulièrement; les cardiaques, les brightiques, les tuberculeux sont aussi en très grand nombre parmi cette triste population.

Avec les mesures prophylactiques dont nous avons parlé plus haut, on verrait bientôt diminuer la contagion de la tuberculose; si on surveillait tout particulièrement l'alimentation et la qualité de l'eau, on verrait peut-être diminuer aussi le grand nombre d'entérites qui sévissent pendant l'été.

Le nombre des malades étant considérable, on se trouve dans les conditions d'un véritable hôpital, aussi la nécessité se fait-elle sentir d'avoir un personnel infirmier plus instruit et par conséquent mieux payé.

L'isolement des maladies contagieuses étant difficilement réalisable, il serait à souhaiter qu'en temps d'épi-

démie, on interdise les sorties aux hospitalisés et toute visite des gens du dehors.

La mortalité élevée (16 0/0 pour les hommes, 18 0/0 pour les femmes) n'a rien de surprenant, tous ces individus étant à leur arrivée à la Maison de Nanterre, dans un état de *minoris resistentiæ*, créé par leur misère physiologique antérieure.

L'alcoolisme, d'où découle tous les vices, y conduit bon nombre d'individus qui ont occupé dans la société un rang relativement élevé.

Vu : le Président de la thèse
PROUST

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

Amundruz. — Assainissement de Paris. La vidange hydraulique.

Arnould. — Nouveaux éléments d'hygiène 1881.

Bechmann. — Salubrité urbaine. Distribution d'eau. Assainissement de Paris, 1888.

Bertillon. — Encyclopédie d'hygiène, 1882.

Bories. — Aperçu médical sur la maison de Nanterre. Thèse Paris 1888.

Bouchardat. — Traité d'hygiène publique et privée, 1883.

Bouveret et Devic. — Recherches sur le tétanos d'origine gastrique. Revue de médecine n° 1 et 2, 1892.

Bulletin municipal officiel, 24, 28 et 29 décembre 1900.

Caplat. — Notice sur la maison départementale de Nanterre

Cassaët (de Bordeaux). — Sur les toxines gastriques
Archives générales de médecine. Mars, avril 1901.

Castarède-Labarthe. — Du chauffage et de la ventilation des habitations. Thèse Paris, 1869.

Chanoine-Devranche. — Des conditions légales et de l'histoire du délit de mendicité. Paris, 1889.

Colin. — Traité des maladies épidémiques.

— Rapport sur les conditions hygiéniques des immeubles départementaux affectés aux prisons de la Seine.

(Annales d'hygiène publique et de médecine légale 1888).

Comptes rendus des congrès de la tuberculose. Paris 1898.
Berlin 1899.

Congrès de l'Assistance publique. Passim.

Congrès d'hygiène et de démographie. Passim.

Congrès international d'hygiène et de Démographie de Vienne
1887. Comptes-rendus.

Coquereau. — Contribution à l'étude de la désinfection des
chiffons. Thèse Paris, 1891.

Darré. — L'infection de Paris et de la banlieue. Paris, 1883.

D'Espine. — Rapport sur un point de l'hygiène des prisons
(Annales d'hygiène et de médecine légale 1839).

Dève. — La tuberculose chez les prisonniers. Thèse Paris,
1882.

Drouineau. Du classement des établissements hospitaliers.
Paris, 1889.

Dujardin-Beaumetz. — Hygiène alimentaire. 1887.

Ernest (de Baston). — Le lait tuberculeux (The sanatory
Record) 15 février 1890.

Gouget. — Du rôle de l'auto-intoxication dans la pathogé-
nie des néphrites. Gazette des Hôpitaux, 30 novem-
bre et 7 décembre 1895.

Grancher. — Prophylaxie de la tuberculose. Gazette des
Hôpitaux, 10 mai 1898. Rapport au Congrès de la
tuberculose.

Grassi. — Hygiène publique. Ventilation et chauffage des
Hôpitaux. Thèse de Paris 1856.

Guirard. — Chauffage et ventilation des Hôpitaux. Mémoire

sur la Prison de Mazas (Annales d'Hygiène et de Médecine légale).

Guinochet. — Epuraton. Filtration. Stérilisation des Eaux potables. Thèse Paris, 1892.

Hanot. — La tuberculose à la Maison de Nanterre. Thèse Paris, 1899.

Hirschberger. — Annales de l'Institut Pasteur, 25 mars 1890.

Lacassagne. — Précis d'Hygiène privée et sociale, 1875.

Laugier. — Note sur les maladies aiguës et épidémiques, observées à la Maison de Nanterre, 1889.

Laurent. — Les maladies des Prisonniers. Etude d'Hygiène pénitentiaire. Société d'Etudes scientifiques. Paris 1892.

Letulle. — Phtisiothérapie. Cure d'aliments à l'Hôpital. Presse médicale, 16 juin 1900.

— Phtisiothérapie. Cure d'air à l'Hôpital. Presse médicale, 7 juin 1899.

Leven. — Rapport de l'architecte sur les travaux de la Maison de Nanterre.

Lévy (Michel). — Hygiène publique et privée, 1883.

Loris Mélikoff. — Considérations sur l'organisation des Hôpitaux et de l'Hôpital baraque de St-Pétersbourg. Thèse Paris, 1888.

Mary. — Considérations démographiques et nosographiques sur la Maison de Nanterre. Thèse Paris, 1890.

Mattin. — Désinfection des chiffons. Revue d'Hygiène, 1887.

Maunoir. — De la contagion à l'Hôpital des Enfants. Thèse Paris, 1876.

May. — Archiv. für Hygien. 1883.

- Moret.** — Contribution à l'étude des tuberculeuses osseuses chez les vieillards. Thèse Paris, 1900.
- Moulinet.** — Notice sur la Maison Départementale de Nanterre, 1900.
- Napias.** — Revue d'hygiène. Passim.
- Napias et Martin.** — Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, 1882.
- Parmentier.** — Contribution à l'étude du mal de Bright chez les vieillards. Thèse Paris, 1887.
- Prisons et établissements pénitentiaires. Statistiques.
- Proust.** — Traité d'hygiène.
- Putzeys (F. et E.).** — L'hygiène dans la construction des habitations, 1885.
- Rapport du Conseil d'hygiène et salubrité sur l'épidémie de choléra de 1892 dans le département de la Seine par les Drs Thoinot et Dubief.
- Rauge.** — Les hôpitaux par pavillons isolés. Thèse de Paris 1879.
- Rendu (Johanny).** — Isolement des contagieux à l'étranger et en France. Paris, 1878.
- Riff.** — Du rôle de l'encombrement dans la pathogénie des maladies. Thèse Paris, 1878.
- Richard.** — Précis d'hygiène appliquée, 1891.
- Rochard.** — Hygiène publique et privée, 1887.
- Hygiène sociale. Paris, 1888.
- Encyclopédie d'hygiène. Tome III.
- Ruelle.** — Contribution à l'hygiène, 1873.
- Sévin.** — Etude sur l'hygiène dans les prisons. Thèse Paris 1896.
- Théremin.** — L'isolement dans les hôpitaux d'enfants. Thèse Paris 1888.

Trélat. — L'aérage et le chauffage des habitations. Revue d'hygiène, 1886.

Trousseau. — Cliniques. Tome II. Article Tétanic.

Villermé. — Mémoire sur la mortalité dans les prisons. Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 1829.
